

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1932

THÈSE

POUR LE

579

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Henri-Raoul DÉNÉCHEAU

Né le 21 juillet 1900 à Derval (Loire-Inférieure)

LA

LOBITE SUPÉRIEURE DROITE
TUBERCULEUSE

Travail de la Clinique de la Tuberculose

(Hôpital Laënnec. — Service du Professeur Léon Bernard)

Président : M. LÉON BERNARD, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1932

078

Année 1932

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Henri-Raoul DÉNÉCHEAU

Né le 21 juillet 1900 à Derval (Loire-Inférieure)

LA

LOBITE SUPÉRIEURE DROITE
TUBERCULEUSE

Travail de la Clinique de la Tuberculose

(Hôpital Laënnec. — Service du Professeur Léon Bernard)

Président : M. LÉON BERNARD, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAUVIGNE, 2

1932

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médecine-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	N...
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	MARION.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BAITHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	LENORMANT.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	N...
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	MAUCLAIRE, HOVELACQUE.
	MULON et VERNE

II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN . . Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.
 BROcq Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 BUSQUET . . Pharmacologie.
 CADENAT . . Pathologie chirurgicale.
 CATHALA . . Pathologie médicale.
 CHABROL . . Pathologie médicale.
 CHAILLEY-BERT . . Physiologie.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 DOGNON . . . Physique.
 DONZELOT . . Pathologie médicale.
 ECALLE . . . Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GASTINEL . . Bactériologie.
 GATELLIER . Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 GIROUD . . . Histologie.
 HALPHEN. . . Oto-rhino-laryngologie.
 HARVIER. . . Pathologie médicale.
 HAZARD . . . Pharmacologie.
 HUGUENIN. . Anatomie pathologique.
 HUTINEL. . . Pathologie médicale.
 JOANNON. . . Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LAROCHE(Guy) Pathologie médicale.
 LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale.
 LEVY-VALENSI Neurologie et psychiatrie.
 LIAN. Pathologie médicale.
 MONDOR . . . Pathologie chirurgicale.
 MOREAU . . . Pathologie médicale.
 MOULONGUET . . . Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 OBERLING . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER . . . Anatomie.
 PIEDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES . . . Obstétrique.
 QUENU . . . Pathologie chirurgicale.
 RICHET Fils . Physiologie.
 SANNIÉ . . . Chimie biologique.
 SÉZARY. . . . Dermatologie et syphiligraphie.
 TROISIÈRE. . Pathologie expérimentale et comparée.
 VALLERY-RA-
 DOT (Pasteur). Pathologie médicale.
 VAUDESCAL . Obstétrique.
 VELTER . . . Ophtalmologie.
 VIGNES. . . . Obstétrique.

III. — AGREGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX Anatomie pathologique.

MM

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie
 REPTERER. . Histologie.
 ZIMMERN. . . Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI . . .	Clinique médicale.	MOCQUOT . .	Clinique chirurgicale.
CHIRAY. . .	Clinique médicale.	PROUST . . .	Clinique chirurgicale.
DEBRE . . .	Clinique médicale.	SCHWARTZ. .	Clinique chirurgicale.
DUVOIR. . .	Clinique médicale.	LE LORIER . .	Clinique obstétricale.
BASSET. . .	Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL.	Clinique obstétricale.
CHEVASSU. .	Clinique chirurgicale.	METZGER. . .	Clinique obstétricale.
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.	GUÉNIOT . . .	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeurs sans chaire.	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du tra- vail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé. . .		Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ		Puériculture.

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions
mises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme
propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni im-
probation.*

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur LÉON BERNARD

Professeur de la Clinique de la Tuberculose
de la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Laënnec
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

*Qu'il veuille bien trouver ici l'ex-
pression de ma profonde gratitude
pour la bienveillance avec laquelle il
m'a accueilli dans son service.*

A M. le Docteur GASTON POIX

Officier de la Légion d'Honneur

*Qui m'a inspiré le sujet de ce tra-
vail et a guidé mes études de Phtisio-
logie.*

A MES PROFESSEURS DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE NANTES

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

A Mademoiselle le Docteur GAUTHIER-VILLARS

Chef du Laboratoire d'Anatomie pathologique
de la Clinique de la Tuberculose

CHAPITRE I

HISTORIQUE

Le terme de lobite a été créé par notre Maître, M. le Pr LÉON BERNARD pour désigner l'atteinte de tout un lobe pulmonaire par le processus tuberculeux.

Dès 1921, dans une communication en collaboration avec MM. RIST et MAINGOT, il exposait sa conception de la lobite supérieure droite, « détermination qui aboutit souvent à la formation d'une caverne, laquelle apparaît aux rayons comme appendue à la clavicule, et semble parfois comme emmurée en bas par une bande de sclérose interlobaire ». (1)

Mais c'est surtout à la suite d'un travail sur « la lobite supérieure droite, localisation de tuberculose pulmonaire » (2) publié, en 1923, avec son interne L. BÉ-

(1) LÉON BERNARD, RIST et MAINGOT. — La localisation initiale de la tuberculose propagée d'un poumon à l'autre (*Section d'études scientifiques de l'œuvre de la Tuberculose*, séance du 10 décembre 1921).

(2) LÉON BERNARD et L. BÉTHOUX. — La lobite supérieure droite, localisation de tuberculose pulmonaire (*Revue de la Tuberculose*, septembre 1923).

THOUX, que ce terme entre définitivement dans la nomenclature médicale. Dans ce mémoire, les auteurs attireraient l'attention sur cette localisation spéciale de la tuberculose, dont le diagnostic n'est possible qu'avec l'aide des rayons X et qui n'atteint qu'un seul lobe mais l'atteint tout entier. Ils se demandaient s'il ne s'agissait pas là d'une forme particulière et concluaient à sa nature scléreuse et à son évolution généralement bénigne.

Déjà, quelques mois auparavant, HEINRICH RENNEBAUM étudiait, en Allemagne, la tuberculose confluente pneumonique exsudative du lobe supérieur droit (1). Il en faisait une forme spéciale, caractérisée au point de vue anatomo-pathologique par la formation d'un tissu de sclérose qui entourerait le lobule pulmonaire à la façon dont est entouré le lobule hépatique dans la cirrhose de Laënnec, d'où le terme de tuberculose cirrhotique (cirrotische Tuberkulose) correspondant cliniquement à une évolution bénigne et à un pronostic généralement favorable. Mais les clichés qui illustrent ce travail montrent que RENNEBAUM a étudié des processus tuberculeux à localisation lobaire, des scissurites ou des périscissurites, mais qu'il n'a pas envisagé l'atteinte totale du lobe : la lobite.

En novembre suivant, M. le P^r SERGENT fait, avec ses élèves H. DURAND et P. COTTENOT une communication à la section d'études scientifiques de l'œuvre de la Tuber-

(1) RENNEBAUM — Beitrag zur Entwicklung und den Verlauf der exsudativ-pneumonischen Lungentuberkulose im rechten Oberlappen (*Beiträge zur Klinik der Tuberkulose*, mars 1923).

culose sur « la localisation lobaire supérieure de la tuberculose pulmonaire ». Il signale qu'avant le mémoire de MM. LÉON BERNARD et BÉTHOUX, il a, lui même, employé le terme de lobite pour désigner des localisations tuberculeuses lobaires à délimitation scissurale. « Le rapprochement entre les signes cliniques, les images radiologiques et les pièces anatomiques, dit-il, nous avait conduits à employer ce même terme de lobite » ; il se déclare « heureux d'apporter les constatations anatomo-pathologiques qui manquaient au mémoire de MM. L. BERNARD et L. BÉTHOUX ».

Puis dans le numéro de *Paris-Médical* de janvier 1924, MM. SERGENT et DURAND, rappelant le travail qu'ils ont déjà publié sur ce sujet (1), étudient les localisations lobaires qui peuvent n'atteindre que la région juxta-scissurale ou bien s'étendre à la totalité du lobe en respectant l'intégrité absolue du lobe adjacent. Leur conclusion montre l'intérêt que présentent ces lésions qui peuvent, un certain temps, rester localisées.

Quelques mois plus tard, L. BÉTHOUX expose, dans sa thèse, les résultats des travaux qu'il a poursuivis dans le service de M. le P^r LÉON BERNARD (2). Il considère la lobite supérieure comme une véritable individualité pathologique. Outre son image radiologique, il lui attribue une symptomatologie particulière, des caractères anatomo-pathologiques qui rappellent ceux signa-

(1) SERGENT et DURAND. — Les localisations périscissurales de la tuberculose pulmonaire (*Bulletin Médical*, 10 octobre 1923).

(2) L. BÉTHOUX. — La lobite supérieure, localisation de tuberculose pulmonaire (*Thèse de Paris*, 1924).

lés par RENNEBAUM, une étiologie et une pathogénie spéciales qui seraient celles d'une tuberculose évoluant à bas bruit depuis l'adolescence, parfois depuis l'enfance, sur un terrain particulièrement disposé à se défendre par la sclérose, et il conclut que cette tendance fibreuse fait de la lobite supérieure une forme de tuberculose à évolution favorable et à pronostic relativement bénin.

Dans la même année, paraît la thèse de P. ARIS, inspirée par M. SERGENT, où se trouvent confondues les tuberculoses de processus pneumonique, à localisation lobaire, et la lobite telle qu'elle a été individualisée par MM. LÉON BERNARD et BÉTHOUX. ARIS indique, lui aussi, que la localisation lobaire ne peut être diagnostiquée qu'au moyen de l'exploration radiologique et considère son évolution comme voisine de celle des formes ulcéro-caséeuses de la phtisie commune.

Ce travail semble le premier terme d'une série d'études que fera, sur les tuberculoses lobaires, M. SERGENT, d'abord dans une conférence à l'Hôpital de la Charité, puis, dans des articles publiés en France et en Argentine, soit seul, soit avec P. ARIS, et dont les conclusions peuvent se résumer ainsi : la lobite n'est que l'une des variétés des tuberculoses lobaires qui, elles-mêmes, représentent, presque toujours, une forme pneumonique de la tuberculose.

Mais dans sa thèse, faite en 1926, dans le service du P^r LÉON BERNARD, Mlle LAMBERT de CURSAY confirme les conclusions de BÉTHOUX.

La célébration, le 16 décembre 1926, du Centenaire

de la Société Anatomique, est l'occasion d'une nouvelle discussion sur les tuberculoses lobaires où MM. SERGENT et DURAND considèrent encore les lobites comme un cas particulier de la localisation lobaire, localisation qui peut affecter toutes les formes anatomo-pathologiques. M. SERGENT estime que l'existence d'une localisation spéciale de la tuberculose, que MM. LÉON BERNARD et BÉTHOUX ont voulu établir uniquement sur des constatations radiologiques, si intéressantes soient-elles, n'a pas reçu la confirmation d'examens nécropsiques.

On va d'ailleurs préciser, dans des travaux successifs, que la lobite n'est pas une formation particulière au lobe supérieur droit, mais qu'elle peut aussi se constituer dans les autres lobes pulmonaires.

MM. SERGENT et OURY étudient, en effet, la lobite moyenne à laquelle ils reconnaissent deux formes anatomo-pathologiques, la forme pneumonique et la forme fibro caséeuse et montrent les difficultés très grandes du diagnostic entre les lobites moyennes et les pleurésies interlobaires.

Puis, en août 1928, dans la « *Revue de la Tuberculose* » MM. SERGENT et TOCILESCU font une étude des foyers juxta-scissuraux gauches. Ils pensent que la lobite supérieure gauche est presque aussi fréquente que la lobite supérieure droite et que, si les auteurs antérieurs n'ont pas été de cet avis, c'est qu'ils n'ont pas cherché, avec suffisamment de soins, la délimitation scissurale à gauche, beaucoup plus difficile à mettre en évidence de ce côté qu'à droite, en raison de la disposition ana-

tomique des lobes, sensiblement antérieur et postérieur.

D'ailleurs, quelques mois après, dans la « Presse Médicale », TOCILESCU reprend, au sujet de la lobite tuberculeuse gauche, les observations qu'il a déjà formulées avec M. SERGENT. Il expose que la lobite gauche revêt, le plus souvent, une forme pneumonique survenant en pleine santé, tandis que, plus rarement, elle affecte un début lent et insidieux. Pathogéniquement, Tocilescu pense que la lobite n'est, en général, que l'extension, à la faveur de poussées pneumoniques, d'une lésion tuberculeuse primitivement juxta-scissurale. Toutefois, la lobite prendrait, peu souvent, le type aigu, rapidement mortel ; elle pourrait rester longtemps cantonnée à un seul lobe et évoluer vers la guérison par sclérose ; mais, plus fréquemment, elle s'étendrait au lobe adjacent et au côté opposé.

Cependant, au Congrès des Médecins de langue française à Québec, en 1929, M. RIST, à son tour, montre, en étayant son opinion d'observations typiques, comment la tuberculose pulmonaire de l'adulte débute souvent sous la forme d'une pneumonie tuberculeuse pouvant atteindre, d'emblée, la totalité d'un lobe. Il rappelle, à ce propos, ses travaux de 1916 et ceux, plus récents, de 1922, dans lesquels il a déjà montré, en collaboration avec M. P. AMEUILLE, le début lobaire, pneumonique de la tuberculose pulmonaire de l'adulte. Il considère donc les lobites, totales ou partielles, comme des tuberculoses pneumoniques typiques qu'il oppose aux tuberculoses nodulaires discrètes du sommet.

Tandis qu'il représente ces tuberculoses nodulaires comme des formes torpides, tendant à la cicatrisation spontanée, ou n'évoluant vers l'excavation qu'avec une extrême lenteur, il voit, au contraire, dans les lobites, l'entrée en matière de la phthisie commune progressive qui, si elle n'est pas jugulée au plus vite par la collapsothérapie, aboutit rapidement à la mort.

Mais dans un nouveau mémoire (1), M. LÉON BERNARD s'élève avec force contre l'abus du terme de lobite appliqué aux localisations lobaires les plus banales et qui fait perdre de vue les faits auxquels il s'appliquait primitivement. Reprenant alors l'étude de cette formation, il confirme les résultats déjà publiés avec L. BÉTHOUX : plus grande fréquence de la lobite supérieure droite que de la lobite supérieure gauche, début le plus souvent insidieux, bénignité fréquente du pronostic.

Enfin, dans son livre sur « Les débuts et les arrêts de la tuberculose pulmonaire » (2) M. LÉON BERNARD consacre un chapitre aux « débuts par lobite » où il maintient ses conclusions antérieures, et précise, une fois encore, que pour se pénétrer de l'intérêt de la lobite, il ne faut pas appliquer ce terme à toutes les localisations lobaires, mais le réserver aux faits pour lesquels il a été créé.

(1) LÉON BERNARD. — La lobite supérieure droite et les lobites tuberculeuses (*Sud Médical et Chirurgical*, 15 septembre 1929).

(2) LÉON BERNARD. — Les débuts et les arrêts de la tuberculose pulmonaire. Masson, édit 1931.

*
* *

Nous apportons, à notre tour, une contribution à l'étude de cette localisation tuberculeuse, en la limitant, toutefois, à la lobite supérieure droite parce qu'elle constitue le type même de l'affection, celle dont l'image particulière s'impose, sur l'écran, à l'esprit le moins averti.

Aux observations qui appartiennent au service de notre Maître, M. le P^r LÉON BERNARD, et qui représentent des cas suivis, pour la plupart, par nous-même à l'Hôpital Laënnec et au Dispensaire Léon Bourgeois, nous en avons joint dix-neuf qui concernent des malades que nous avons examinés aux sanatoriums de Villiers-sur-Marne grâce à la bienveillance de M. le D^r CHAPUIS, médecin-directeur, et des médecins-adjoints et quatre qui nous ont été aimablement communiquées par le D^r ESCHBACH, de Bourges.

Ce sont les résultats de cette étude que nous nous proposons d'exposer.

CHAPITRE II

LA LOBITE SUPÉRIEURE DROITE ET SON IMAGE RADIOLOGIQUE

« Il existe une localisation de la tuberculose pulmonaire particulière, assez spéciale pour qu'il soit intéressant, croyons-nous, d'attirer l'attention sur elle : il s'agit d'un processus cantonné à la totalité du lobe supérieur droit, limité en bas par la scissure interlobaire supérieure d'où la dénomination de lobite supérieure droite qui nous semble pleinement justifiée (1). » C'est ainsi que MM. LÉON BERNARD et BÉTHOUX présentaient, au début de leur mémoire de 1923, cette localisation qu'ils cherchaient à individualiser. Ces termes ont la valeur d'une définition : atteinte totale du lobe supérieur droit, limitation scissurale nette, telles sont les caractéristiques de la lobite supérieure droite. C'est dire que le diagnostic n'en peut être fait qu'au moyen des rayons X.

(1) LÉON BERNARD et BÉTHOUX. — *Loc. cit.*

L'histoire de la maladie, la symptomatologie clinique, les recherches de laboratoire, peuvent faire soupçonner ou affirmer le diagnostic de tuberculose pulmonaire, un examen précis permet de dire quelle partie du poumon, parfois même quel lobe est intéressé ; mais le sens clinique, si développé soit-il, ne permet pas de préciser s'il y a atteinte de tout le lobe, s'il y a lobite. Tout, en effet, est variable dans la symptomatologie de la lobite : le mode de début, l'atteinte générale, la température, les signes cliniques ; seule demeure l'image radiologique qui n'est d'ailleurs pas univoque et peut présenter des variétés.

Nous résumons, ci-dessous, deux observations à l'appui de notre exposé :

Obs. I. — — A .. Gustave, 41 ans, manœuvre, réformé pour bronchite en 1915 a présenté, depuis lors, plusieurs bronchites l'hiver et a été hospitalisé en janvier 1927 pour abcès fistulisé à l'anus.

Il entre à l'hôpital Laënnec le 6 août 1927 sur les conseils de son médecin qui a jugé nécessaire l'institution d'un pneumothorax artificiel.

C'est un homme très fatigué qui dit avoir maigri de 4 kilos en 6 mois. Sa température dépasse 38° le soir, il tousse et crache abondamment, Bacilloscopie positive. Sueurs nocturnes.

Examen stéthacoustique. — Poumon droit : submatité du sommet. Respiration soufflante, surtout en arrière. Crépitations en avant, sous la clavicule. Poumon gauche : respiration rude.

Examen radiologique. — Champ pulmonaire droit : Légère attraction médiastine et trachéale. Plage d'ombre constituée surtout par des taches et marbrures occupant le tiers supérieur avec limite inférieure scissurale nette.

Champ pulmonaire gauche normal.

Meurt le 28 septembre d'une embolie graisseuse consécutive à une injection d'huile phénolée intramusculaire.

Obs: II. — A... Jeanne, 36 ans, couturière, entre à l'hôpital Laënnec le 13 décembre 1930 parce qu'elle a eu, quelques jours auparavant, une hémoptysie, représentée par une dizaine de crachats de sang pur, survenue, après un « gros rhume ». Depuis lors, sa température évolue le soir; entre 37 et 38°; elle tousse et crache: Bacilloscopie positive. Sueurs nocturnes.

Examen stéthacoustique. — Poumon droit : submatité du sommet. Respiration soufflante dans la partie supérieure du poumon avec foyer de râles bulleux perceptible, en avant, sous la clavicule, et en arrière, dans la fosse sus-épineuse. Poumon gauche normal.

Examen radiologique. — Champ pulmonaire droit : Plage d'ombre non homogène occupant le tiers supérieur avec limite inférieure scissurale nette. Spélonque rétro-claviculaire d'environ 3 centimètres de diamètre.

Champ pulmonaire gauche : Foyer de taches disséminées entre le pôle inférieur du hile et la paroi.

Malgré le traitement aurique et un séjour prolongé à la campagne, la malade meurt le 15 novembre 1931.

L'image typique de la lobite supérieure droite est représentée par une ombre sensiblement triangulaire correspondant au lobe pulmonaire en totalité atteint. Le côté interne de ce triangle, qui se confond avec l'ombre du médiastin, et le côté externe, qui est constitué par l'ombre de la paroi, limitent un angle aigu correspondant au dôme pulmonaire et auquel est opposé le troisième côté, l'inférieur, représenté par une ligne d'ombre dense, le plus souvent rectiligne, légèrement oblique de haut en bas et de dehors en dedans, qui relie la paroi costale au hile du poumon et qui est l'image de la scissure.

Ces contours délimitent une plage d'ombre à laquelle BÉTHOUX a décrit trois aspects :

1° La plage homogène « uniformément opaque » dans toute son étendue ;

2° la plage non homogène avec aspect en mie de pain ;

3° la plage non homogène avec aspect cavitaire.

Cette classification reste vraie, mais elle demande quelques précisions.

La plage véritablement homogène, présentant dans toute son étendue une uniformité de densification, est véritablement rare ; MM. LÉON BERNARD, SERGENT, ARIS, après L. BÉTHOUX, l'ont décrite : elle correspond vraisemblablement à une lobite au début, alors que l'envahissement lobaire vient de se terminer sous l'influence d'une poussée pneumonique (car la plage véritablement homogène correspond toujours à une lobite pneumonique). Nous ne l'avons jamais rencontrée, peut-être parce que les malades que nous avons examinés n'étaient plus tout à fait à la phase de début, phase constitutive de la lobite. —

Ce que nous avons rencontré, c'est une ombre qui est homogène en ce sens que sa continuité n'est interrompue ni par des aspects lacunaires, ni par des aspects en mie de pain ; mais son intensité est variable suivant le point où on la considère. La base de cette ombre, sa partie juxta scissurale, est très dense ; on ne distingue ni taches, ni marbrures, mais une opacité complète qui rappelle celle des épanchements liquidiens. Puis, au fur et à mesure qu'on s'éloigne de la scissure, cette intensité diminue : bientôt, on commence à distinguer des aspects confluent sur un fond déjà moins opaque, et,

lorsqu'on arrive à la région apicale, il ne s'agit plus que d'une simple diminution de transparence.

Sans rien préjuger de la pathogénie de la lobite, nous devons, dès maintenant, remarquer que la densification de la plage d'ombre, correspond à la densification anatomique du système lymphatique : alors que la partie inférieure du lobe est occupée par un réseau lymphatique important, la partie supérieure n'en est que faiblement pourvue et, dans la région apicale, il n'est qu'à peine constitué. A réseau lymphatique riche correspond une ombre dense, à réseau lymphatique très pauvre ne correspond plus qu'une simple diminution de transparence.

Ce que nous désignons par lobite à plage homogène, c'est donc uniquement une lobite dont l'image radiologique ne révèle aucun signe d'excavation. Par opposition à la lobite à plage homogène, nous aurons à considérer la lobite à plage non homogène encore désignée sous le nom de lobite excavée ; c'est, de beaucoup, celle qui se rencontre le plus fréquemment. Elle comprend deux aspects : l'aspect en mie de pain et l'aspect cavitaires.

L'aspect « en mie de pain » (MANTOUX et MAINGOT) correspond à un début de fluidification des lésions tuberculeuses qui se traduit, anatomiquement, par la formation de cavernules, et radiologiquement, par de petits cercles plus ou moins entrecroisés, dont l'ensemble rappelle l'aspect d'une tranche de mie de pain bien levée. Sur une même image de lobite, il peut y avoir plusieurs aspects en mie de pain dont le siège est

celui que prendront, ultérieurement, les cavernes.

Dans l'aspect cavitaire, comme son nom l'indique, la lésion caséreuse, entièrement fluidifiée, a été drainée par les bronches, et il reste une cavité qui se traduit aux rayons par cet aspect clair, circulaire, qui traduit l'existence des cavernes : la bulle de Bouchard et ses diverses variétés. La spéléonque, dans la lobite, peut être unique; elle peut aussi être multiple. Son diamètre est variable : parfois, il s'agit d'une petite caverne presque dissimulée par la clavicule, d'autres fois il s'agit de grosses spéléonques dépassant la grosseur d'une mandarine et pouvant même atteindre la totalité du lobe; c'est l'évidement lobaire total, propre aux formes pneumoniques largement caséifiées (observation CXIV). Le diagnostic radiologique de cet évidement lobaire avec le pneumothorax partiel du sommet est souvent difficile. A. BERNOU a, récemment, fait remarquer que le pourtour d'une caverne fait avec la paroi costale un angle aigu tandis que les contours d'un pneumothorax font avec cette paroi un angle obtus. C'est un signe qu'il n'est pas toujours facile de mettre en évidence.

Le siège de la spéléonque est variable, mais son lieu d'élection est l'angle pariéto-claviculaire où elle apparaît souvent « comme appendue à la clavicule » (LÉON BERNARD). Parfois, l'image cavitaire ne se distingue pas à l'examen radiologique, mais elle se révèle après la création du pneumothorax artificiel; elle apparaît alors comme un cercle clair au milieu d'un lobe supérieur dont la rétraction a augmenté la densité.

Quand une cavité occupe l'extrême sommet, ses con-

tours sont souvent masqués par ceux de la première côte ; et son centre, clair, peut-être pris pour du parenchyme sain ; on peut alors méconnaître l'existence de la lobite. Pour en faire le diagnostic, il faut la soupçonner et rechercher, en faisant tousser le malade, les signes de la caverne apicale.

Ces différents aspects de l'image radiologique peuvent être considérés comme les phases successives du processus morbide qui a produit l'envahissement total du lobe, puis sa caséification, presque toujours partielle, et son excavation ; et, si le stade de plage homogène est si peu fréquemment rencontré, cela tient à sa brièveté, car, « les lésions s'excavent en quelques jours, presque, en quelques heures, de sorte qu'il y a à peine place pour un stade intermédiaire de caséification » (RIST et AMEUILLE). Cependant, l'aspect de plage homogène peut persister indéfiniment dans des formes fibreuses ; et peut être produit au stade terminal de guérison, dans des formes ulcéro-caséeuses dont l'évolution ultérieure vers la sclérose a amené l'effacement de l'image spéléomorphique. Enfin, comme l'a fait remarquer BÉTHOUX la lobite à plage non homogène avec aspect cavitaire peut être due à une spéléonque primitivement isolée dans le lobe, et, autour de laquelle, un processus secondaire, généralement pneumonique, est venu envahir la partie du lobe restée saine.

Quel que soit l'aspect de la plage d'ombre, elle a toujours, comme limite inférieure, la projection nette de la scissure. Celle-ci, qui, dans le poumon droit, sépare le lobe supérieur du lobe moyen, résulte de la bifurcation

de la scissure principale qui commence en arrière, au niveau de la cinquième côte et se termine, dans l'aisselle, au niveau de la quatrième; en se divisant en deux branches secondaires, dont l'une prend fin à l'extrémité antérieure du troisième espace intercostal et constitue la scissure interlobaire supérieure. Le plan dans lequel elle évolue, le plan scissural, sensiblement oblique de haut en bas et d'arrière en avant, est assez voisin de l'horizontale. Cette topographie est d'ailleurs variable avec les individus, et, en conservant sensiblement la même direction, le plan scissural peut varier de quelques centimètres dans la hauteur du poumon.

Quand on examine aux rayons X un thorax normal il n'y a point trace des scissures; les feuillets pleuraux interlobaires ne présentent pas, à l'état normal, un poids atomique suffisant pour s'opposer au passage des rayons; mais, s'ils sont atteints par un processus scléreux ou inflammatoire, leur densité augmente, et le faisceau lumineux, en les rencontrant, projette sur l'écran l'ombre de l'interlobe. Cependant, même à l'état pathologique, la scissure n'est pas décelable, à la radioscopie, dans toutes les positions de l'ampoule; il faut, en effet, pour déterminer une opacité visible que les rayons arrivent, non pas perpendiculairement au thorax, mais parallèlement au plan scissural.

Dans cette position, le rayon qui frappe le thorax au niveau de la scissure, rencontre devant lui toute l'épaisseur de la plèvre densifiée qu'il extériorise, sur l'écran par une ombre linéaire. En d'autres termes, l'éclairement de la scissure obéit aux lois formulées par BÉCLÈRE il y a déjà plus de vingt ans ;

1° En position antérieure (les rayons rencontrant le thorax par sa face postérieure) l'interlobe est visible seulement dans les positions élevées de l'ampoule ;

2° En position postérieure (les rayons rencontrant le thorax par sa face antérieure) l'interlobe est visible seulement dans les positions basses de l'ampoule.

Pour ces raisons, l'usage de la radioscopie est, dans la circonstance, préférable à celui de la radiographie ; le déplacement de l'ampoule suivant la position du malade permettra de mettre en évidence l'atteinte de l'interlobe qui risquerait d'échapper aux rayons provenant d'une source fixe. On pourra, certes, fixer sur un cliché l'image d'une lobite supérieure droite, mais après avoir préalablement déterminé, lors d'un examen radioscopique, la position adéquate de l'ampoule.

Les lois qui régissent l'éclairement de l'interlobe régissent aussi l'éclairement des condensations lobaires ; et, lorsqu'on place l'ampoule et le malade dans les positions respectives que nous venons d'indiquer, on décèle, dans la lobite supérieure droite, cette délimitation inférieure, scissurale, nette, qui est une de ses caractéristiques.

Car il ne faut pas croire, comme l'a écrit BÉTHOUX que la limitation lobaire de l'extension lésionnelle soit due à la symphyse de l'interlobe ; celle-ci peut exister ; de même que MM. SERGENT et ARIS, nous l'avons vue sur des pièces anatomiques ; mais aussi, l'interlobe peut être libre. C'est après avoir pratiqué le pneumothorax artificiel qu'on peut parfaitement s'en rendre compte à l'écran : un coin clair, à base axillaire et à

sommet hilaire s'insinue entre les images lobaires, c'est l'air insufflé qui pénètre entre les lobes et les dissocie. Nous avons même rencontré un cas (obs. LXXXVI) où le lobe supérieur est fixé au thorax, tandis que les deux autres lobes, réunis entre eux par la symphyse de la scissure inférieure sont, d'autre part, soudés au diaphragme. Il en résulte un angle interlobaire supérieur dont les branches s'écartent pendant l'inspiration et se rapprochent pendant l'expiration à la manière des mâchoires d'un poisson, justifiant ainsi « l'indépendance cinématique des lobes pulmonaires » (SERGENT).

Comme toutes les lésions tuberculeuses, la lobite supérieure droite présente une double tendance évolutive vers la caséification et vers la sclérose ; il peut en résulter d'importantes modifications de l'image radiologique. La caséification peut amener l'excavation et l'augmentation du nombre ou du diamètre des images spéléomorphiques, comme nous l'avons déjà indiqué ; la sclérose amènera des phénomènes de rétraction sur lesquels il est nécessaire d'insister.

La rétraction peut se manifester du côté de la paroi : les côtes deviennent de plus en plus rapprochées et contribuent à la diminution de la surface du champ pulmonaire ; elle peut se manifester, du côté des organes, par l'attraction trachéale, (qui se traduira, aux rayons, par l'apparition d'une bande longitudinale, claire, convexe vers la droite et longeant l'image sombre de densification lobaire), ou par l'attraction de tout le médiastin. Dans ce cas, l'ombre médiastine sera déviée vers la

droite et l'ombre cardiaque, suivant le mouvement de translation, aura disparu de la moitié gauche du champ pulmonaire. Mais, c'est surtout au niveau de la scissure interlobaire que les phénomènes sont intéressants à étudier ; il peut, en effet, se produire de véritables déformations de l'interlobe, bien décrites par MM. RIST et AMÉVILLE. Sous l'influence de la sclérose rétractile, le lobe supérieur diminue de volume et exerce, sur l'interlobe, une traction telle que celui-ci va se déplacer vers le haut. S'il n'y a pas d'adhérences au pourtour de la scissure, celle-ci subit une ascension vers le sommet du poumon : la limite inférieure est toujours nette et obéit encore aux lois de BÉCLÈRE ; son extrémité interne reste à peu près fixe, à hauteur du hile, sensiblement au niveau du disque qui sépare les quatrième et cinquième vertèbres dorsales, mais son extrémité externe remonte plus ou moins haut, peut se trouver cachée par la clavicule (rendant plus difficile le diagnostic de lobite) ou, continuant son mouvement ascensionnel, peut, dans les cas extrêmes de sclérose rétractile (obs. XCVIII), atteindre la partie supérieure de la paroi thoracique, de sorte que, l'ombre scissurale, primitivement horizontale ; peut devenir sensiblement verticale. C'est « l'image très spéciale des arrêts de lobite » que M. le P^r LÉON BERNARD a décrite en ces termes : « On voit la rétraction scléreuse du foyer augmenter progressivement, l'image en mie de pain ou lacunaire, s'affaisant sur elle-même à mesure que la ligne scissurale remonte vers le sommet, pour se transformer, petit à petit, en une plage d'ombre très opaque, aux limites

nettes, qui donne l'impression d'une sorte de petit moignon constitué par le lobe supérieur fibreux et rétracté » (1). Mais si, comme souvent, il y a des adhérences périscissurales, l'interlobe, sollicité par la sclérose du lobe supérieur, se laisse déformer dans sa région médiane, seule mobile, et le bord inférieur de la condensation lobaire apparaît à l'écran, non plus rectiligne, mais incurvé avec une convexité supérieure plus ou moins accusée. Cette incurvation frontale de la scissure s'accompagne, d'après MM. RIST et AMEUILLE, d'une incurvation sagittale ; et le plan interlobaire n'obéit plus aux lois de BÉCLÈRE : l'interlobe devient visible en éclairage normal. Pour traverser, dans sa plus grande épaisseur, la scissure incurvée, les rayons n'ont plus besoin d'être obliques, mais simplement de devenir tangents à la partie de la courbe la plus proche de l'horizontale. Il en résulte l'apparition, au dessous de la ligne interlobaire, d'images pathologiques, appartenant au lobe supérieur, et siégeant dans la languette qui recouvre la face antérieure du lobe sous-jacent. C'est que, dans ce cas, la ligne horizontale de démarcation interlobaire ne représente que la projection, sur l'écran, de la partie de la courbe qui est la plus proche de l'horizontale : lorsqu'il existe, dans la partie du lobe supérieur située au dessous de cette courbe interlobaire, des lésions parenchymateuses, celles-ci se traduisent à l'écran par des images qui se projettent au dessous de

(1) LÉON BERNARD. — Les débuts et les arrêts de la Tuberculose, Masson, édit. page 235.

l'ombre de l'interlobe et qui semblent appartenir au lobe moyen ou au lobe inférieur. C'est à tort qu'on a décrit semblable image comme celle d'une lobite dépassée.

Il est évident que l'image radiologique de la lobite supérieure droite, telle que nous venons de la décrire, ne correspond qu'à la prise totale du lobe dans le sens vertical ; il peut rester des parties indemnes dans le sens antéro-postérieur ; mais il ne s'agit là que de cas vraisemblablement très rares et sur la fréquence exacte desquels on ne pourra être renseigné que lorsque sera généralisé l'emploi de la téléstéréoradiographie.

CHAPITRE III

LOBITE SUPÉRIEURE DROITE ET TUBERCULOSES LOBAIRES

Nous avons montré, au chapitre précédent, les deux éléments nécessaires pour caractériser, radiologiquement, la lobite supérieure droite : atteinte totale du lobe et limite inférieure scissurale. Cette dernière caractéristique est, en effet, la conséquence de la délimitation lobaire et en permet la reconnaissance à la radioscopie dans les conditions que nous avons indiquées ; mais il s'agit là d'un phénomène qui n'est pas particulier à la lobite totale ou lobite vraie ; il existe, en effet, certaines images qui, sans traduire un envahissement de tout le lobe supérieur, présentent une limite inférieure scissurale nette. Ce sont ces formations dont nous allons maintenant étudier les éléments radiologiques, afin de les différencier définitivement de la lobite supérieure droite.

A. — Scissurites et cortico-pleurites

La scissurite est l'inflammation de la plèvre interlobaire ; elle se traduit à l'écran, lorsque sont réalisées les conditions nécessaires à l'éclairement de l'interlobe, par une ombre linéaire, d'opacité dense, sensiblement rectiligne et horizontale, joignant la paroi au hile, et située, dans le champ pulmonaire, à une hauteur variable avec les individus, mais voisine de l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen. Cette image ne saurait se confondre avec celle de la lobite supérieure droite ; mais il arrive que des lésions parenchymateuses, plus ou moins superficielles s'associent à la scissurite pour former la cortico-pleurite. Aux rayons X, on est alors en présence d'une plage d'ombre dont la limite inférieure est nette et scissurale et dont la partie supérieure remonte plus ou moins haut vers l'apex pour se terminer en diminuant d'opacité. Un examen suffisamment approfondi permettra d'éliminer l'idée de lobite supérieure.

Cette sus-scissurite, cependant, peut être parfois le phénomène initial qui déterminera l'envahissement lobaire total pour lequel elle joue, en quelque sorte, le rôle de point d'appel. C'est alors « la scissure qui fixe, puis oriente les lésions » (LÉON BERNARD).

De plus, lorsque cette cortico-pleurite interlobaire est accompagnée de cortico pleurite pariétale et pleuro-médiastinale, elle peut donner une curieuse image radiologique, signalée par M. SERGENT (1). Il s'agit d'une

(1) SERGENT BORDET et DURAND. — Exploration radiologique de l'appareil respiratoire. Les images lobaires et juxta-scissurales. Masson édit.

plagé d'ombre presque homogène, envahissant le lobe supérieur droit de tous côtés, mais respectant, en son centre, une zone claire de parenchyme sain qui peut, à première vue, en imposer pour une caverne. On pourrait donc prendre pour une lobite excavée ce qui n'est, en réalité, qu'une cortico-pleurite périphérique.

B. — **Sus-scissurites et lobites partielles**

On a trop tendance, pensons-nous, à désigner sous le nom de scissurites toutes les lésions pulmonaires qui se traduisent, à l'examen radiologique, par des plages d'ombre plus ou moins larges présentant une limite inférieure scissurale. « Ces bandes que nous qualifions communément du nom de scissurites ne sont pas nécessairement le reliquat d'une inflammation de la cavité pleurale interlobaire ; elles peuvent être le reliquat cicatriciel de lésions juxta-scissurales qui ont évolué, non pas dans la scissure, mais dans le parenchyme, et qui, en raison de leur disposition, dessinent une ombre linéaire, transversale, dans les régions scissurales » (SERGENT et OURY). C'est pourquoi nous préférons pour elles la dénomination de sus-scissurites.

Au surplus, nous ne saurions limiter l'emploi de ce terme à la désignation des lésions parenchymateuses situées immédiatement au-dessus de la scissure ; il n'existe pas de repérage permettant de dire à quel moment la localisation cesse d'être une sus-scissurite et nous pensons que cette dénomination doit s'appliquer

à toutes les lésions lobaires qui n'envahissent pas la totalité du lobe, tout en se terminant, à leur partie inférieure par une ligne scissurale. Ce sont, en somme, des lobites partielles.

Ces sus-scissurites présentent, en effet, avec la lobite, les plus grandes analogies ; elles ne s'en différencient que par une portion plus ou moins importante de parenchyme sain qui persiste à l'apex et donne à l'écran une transparence normale. Il n'est pas toujours facile de fixer la limite supérieure de la sus-scissurite ; elle n'est jamais nette et la plage d'ombre qui représente cette lésion aux rayons X se termine vers le sommet en teintes progressivement dégradées.

Comme pour la lobite supérieure droite dont nous avons étudié l'image radiologique, la plage d'ombre qui traduit à la radioscopie l'existence de la sus-scissurite peut être homogène, mais peut aussi présenter des solutions de continuité : aspect en mie de pain et aspect lacunaire, avec prédilection de la caverne pour la région juxta-pariétale sous le tiers externe de la clavicule. La similitude des aspects radiologiques permet de penser, au moins dans une certaine mesure, à la similitude de constitution anatomique : elle aurait été vérifiée par MM. SERGENT et ARIS.

Les sus-scissurites ainsi constituées peuvent régresser et amener, surtout quand elles sont encore à la phase de plage homogène, une résolution complète des lésions ; mais elles peuvent aussi progresser et envahir, par poussées successives, la totalité du lobe supérieur ; leur limitation inférieure ayant persisté, leur évolution

a amené la formation d'une lobite supérieure droite ; et c'est pourquoi M. LÉON BERNARD a désigné ces sus-scissurites sous le nom de lobites en formation. Cependant, M. SERGENT d'une part, MM. RIST et AMEUILLE d'autre part, ont montré que la lobite supérieure droite, une fois constituée, arrive fréquemment à une résolution partielle : l'apex redevient transparent tandis que la partie inférieure du lobe présente l'aspect que nous venons de décrire : la sus-scissurite représente, cette fois, une lobite en régression. Le terme de lobite partielle aurait l'avantage de n'impliquer aucune idée d'évolution ou d'involution.

C. — Tuberculose des lobes supplémentaires

La pratique de plus en plus étendue de la radiologie a permis de déceler, à l'écran, la présence de lobes supplémentaires dont l'anatomie avait déjà fait connaître l'existence. Le plus fréquent est déterminé par le cheminement anormal de la veine azygos au travers du parenchyme du lobe supérieur droit avant d'aller se jeter dans la veine cave supérieure.

Cette veine dont la projection peut se voir, sur certains clichés d'individus normaux, en bordure de la trachée, s'exteriorise sur l'écran sous la forme d'une image tout à fait particulière à laquelle MM. LE BOURDELLES et JALET ont décrit, de haut en bas, les trois parties suivantes : un triangle d'ombre pariétal, une ligne scissurale et, enfin, l'extrémité de la veine azygos qui donne une opacité ovoïde *en virgule, en lame, en*

raquette, en ergot, qu'un œil non averti peut confondre avec un ganglion.

Contrairement à ce que nous avons dit au sujet de la scissure interlobaire supérieure, la scissure azygos peut se voir dans toutes les positions de l'ampoule sans que les feuillets pleuraux ne soient l'objet d'une inflammation: c'est qu'en effet, outre les deux feuillets viscéraux qui tapissent les bords de la scissure, celle-ci renferme deux autres feuillets qui constituent, par leur accollement le méso de la veine azygos. Ces quatre feuillets représentent ensemble une épaisseur suffisante pour que le faisceau lumineux qui les rencontre traduise leur existence par une ombre sur l'écran.

La scissure azygos détermine donc l'existence de deux lobes: le lobe azygos et le lobe supérieur droit diminué.

Dans ces deux lobes peuvent se développer des formations tuberculeuses limitées nettement à leur partie inférieure par une ligne scissurale, et qui, suivant la hauteur à laquelle remontera l'envahissement pathologique formeront des sus-scissurites, des lobites partielles, des lobites.

L'existence de la lobite azygos, bien que vérifiée anatomiquement par MM. BRULÉ et LIÈVRE, était niée par nombre d'auteurs qui interprétaient d'une façon constante, comme un signe d'atélectasie l'opacité aux rayons X du lobe correspondant. Mais MM. LE BOURDELLÈS et JALET ont montré qu'il s'agissait bien, dans certains cas, d'une atteinte lobaire totale: « Nous avons observé plusieurs exemples, disent-ils, et l'opa-

citée intense du lobe paraissait bien montrer qu'il s'agit de splénisation et non d'une atélectasie relative déterminant un voile partiel. Dans un cas, sur trois clichés successifs, pris à quelques semaines d'intervalles, il est possible de suivre l'infiltration graduelle du lobe, puis l'arrêt de cette infiltration, sur une ligne nette présentant l'apparence de la scissure azygos » (1). La lobite azygos peut soit régresser, soit s'étendre ; elle peut même être le point de départ d'une lobite supérieure droite (LE BOURDELLÈS et JALET).

L'envahissement total, par le processus tuberculeux, du reliquat de lobe supérieur limité, en bas, par la scissure interlobaire supérieure et, en haut, par la scissure azygos, constitue une autre variété de lobite que les auteurs précédents désignent sous le nom de lobite décapitée (2). Ce terme a l'avantage de désigner la limite supérieure particulièrement nette, mais présente, à notre avis, l'inconvénient de laisser subsister un doute quant à la pathogénie de cette lésion que cette dénomination pourrait permettre de considérer comme le reliquat d'une ancienne lobite supérieure droite. Or, il n'en est rien ; l'existence simultanée d'une lobite azygos et d'une lobite dite décapitée donne une image de lobite supérieure droite, mais l'une comme l'autre de ces lobites peut constituer la seule atteinte du lobe.

Il existe encore, mais très rarement, un autre lobe

(1) LE BOURDELLÈS et JALET. — Communication à la section d'études scientifiques de l'œuvre de la Tuberculose. Séance du 12 décembre 1931.

(2) LE BOURDELLÈS et JALET. — La Tuberculose du lobe azygos (*Bibliothèque de Phthisiologie*, Masson, édit., 1932, page 132).

supplémentaire déterminé par l'existence d'une scissure anormale, voisine de la scissure interlobaire supérieure et qui présente une courbe à concavité inférieure. C'est le lobe cardiaque dont l'envahissement total peut exister et être la seule localisation de la tuberculose, comme l'ont vu MM. LE BOURDELLÈS et JALET. Il constitue alors la lobite cardiaque. Cette lobite est donc, comme la lobite décapitée, comprise entre deux limites scissurales très nettes dont l'inférieure est, dans les deux cas, la scissure interlobaire supérieure ; mais la limite supérieure de la lobite cardiaque est à concavité inférieure tandis que la limite supérieure de la lobite décapitée est à concavité supérieure.

Le diagnostic entre ces différentes formations du lobe supérieur droit qui présentent une délimitation inférieure scissurale ne peut être fait qu'aux rayons X ; il est d'ailleurs, parfois, assez difficile. Quand il s'agit d'une formation limitée par la scissure azygos, ses trois caractéristiques radiologiques en permettent le repérage précis. Sur l'écran également, ces localisations peuvent se confondre avec la lobite moyenne ou la pleurésie interlobaire qui sont d'ailleurs plus fréquentes que l'envahissement pathologique des lobes supplémentaires. L'étude du diagnostic de la lobite supérieure droite nous fournira l'occasion d'indiquer les moyens de distinguer ces différentes affections.

Il existe enfin des localisations lobaires, seules manifestations de la tuberculose pulmonaire qui n'affectent aucune systématisation et ne présentent pas de limites nettes, leur forme anatomique ainsi que leur évolution

ultérieure sont essentiellement variables, et ces formations lobaires ne sauraient, à aucun titre, être confondues avec les lobites.

CHAPITRE IV

ÉTUDE CLINIQUE DE LA LOBITE SUPÉRIEURE DROITE

Si nous avons particulièrement insisté sur l'importance de l'image radiologique de la lobite supérieure droite, c'est parce que la symptomatologie clinique n'est nullement caractéristique de cette localisation de tuberculose pulmonaire. L'examen stéthacoustique se traduit par un schème de densification lobaire, mais il ne permet ni d'affirmer que cette densification est localisée à un seul lobe, ni surtout qu'elle en embrasse la totalité.

Si tous ceux qui ont étudié cette question sont à peu près d'accord pour déclarer que la symptomatologie clinique de la lobite supérieure droite est un syndrome de condensation pulmonaire avec des bruits adventices plus ou moins importants, les avis sont extrêmement divergents quand il s'agit d'établir le mode de début clinique de la lobite.

A. — Période de début

MM. LÉON BERNARD et L. BÉTHOUX pensent que la lobite supérieure n'apparaît qu'au cours de tuberculose pulmonaire à marche lente, mais elle se manifesterait soudainement. Ce serait « un processus aigu ou tout au moins subaigu greffé sur un état chronique » (L. BÉTHOUX). Le malade aurait été un bronchiteux, un emphysemateux bacillaire, un fibreux, un de ces tuberculeux chroniques à évolution très lente qui supportent leur mal avec un minimum de réaction, et chez lequel une poussée aiguë aurait été la traduction de cette densification lobaire totale.

ARIS, au contraire, comme tous ceux qui ne veulent voir dans la lobite qu'une forme particulière de la tuberculose lobaire et croient à sa nature pneumonique, décrit son début apparent, en pleine santé, avec une température élevée, dépassant parfois 40°, et un état général fortement atteint.

Devant des conceptions aussi complètement opposées nous avons, au cours de cette étude, apporté un soin tout particulier à faire préciser au patient le mode de début de sa maladie. Malheureusement, nous nous sommes heurté aux écueils qu'on rencontre toujours quand on veut déterminer le mode de début clinique de la tuberculose pulmonaire. C'est que, en effet, lorsque le malade est amené à consulter un médecin il y a déjà parfois longtemps qu'il est atteint de malaises assez intenses, qu'il n'attribue pas à la tuberculose, bien qu'ils en soient les premiers symptômes. Il n'est

pas rare qu'un malade considère comme une affection indépendante une atteinte qu'il qualifie, ou même que son médecin qualifie de grippe, de congestion pulmonaire, de courbature fébrile, et qui est la première manifestation clinique de l'envahissement de ses poumons par le bacille de Koch, manifestation fébrile, aiguë, qui aura disparu avec quelques jours de repos et une médication symptomatique, et au sujet de laquelle il n'aura plus d'inquiétude lorsque plusieurs semaines, voire même plusieurs mois après, étonné d'avoir craché du sang ou de n'avoir plus la même aptitude au travail, il se présentera devant le phthisiologue qui diagnostiquera chez lui la tuberculose pulmonaire. C'est pourquoi, en faisant préciser la genèse de la maladie nous avons considéré comme début de tuberculose toute manifestation fébrile survenue chez un individu quelques jours ou quelques semaines avant le moment où lui-même fixe le début de son affection tuberculeuse.

Nous pensons que cette conception répond à l'exactitude des faits car si de tels malades avaient été examinés systématiquement, la bactériologie souvent, la radiologie presque toujours, auraient permis dès l'abord d'affirmer ou tout au moins de soupçonner l'existence de la tuberculose.

Nos observations portent sur 124 cas de lobite supérieure droite, dont la topographie a été mise en évidence par les rayons X et dont la nature tuberculeuse a été confirmée par la bacilloscopie.

1°. Début brusque.

Nous avons classé dans cette catégorie tous les malades qui, sans prodromes, se sont trouvés brusquement arrêtés par un état fébrile d'intensité variable. Parfois il s'agit d'une simple poussée thermique n'atteignant guère que 38° ou 38°5 ; le malade ressent dans les membres des douleurs imprécises, l'appétit diminue ; mais les malaises ne persistent pas, c'est la « courbature fébrile » qui disparaît rapidement. D'autres fois, la réaction est plus marquée, la température dépasse 39° 5 et peut atteindre 40°, mais au bout de quelque temps la fièvre diminue et les malaises s'atténuent. Enfin, il est des cas, plus rares, où la température reste très élevée pendant de longues semaines ; le malade ne s'alimente pas, dépérit, reste prostré et présente tout de suite une atteinte profonde de l'état général.

La température peut être le seul phénomène qui caractérise le début brusque. Plus souvent, la toux apparaît rapidement ; d'abord sèche elle s'accompagne rapidement ensuite d'expectorations muco-purulentes et l'examen bactériologique pratiqué dès ce moment pourra révéler la présence de bacilles de Koch. Les signes physiques seront d'intensité variable ; parfois difficiles à mettre en évidence, ils traduisent, s'ils existent, une condensation pulmonaire qu'un examen superficiel pourra qualifier de simple congestion.

Ce début brusque est la caractéristique d'une forme pneumonique de tuberculose pulmonaire ; nous l'avons rencontré 32 fois. Il est rare qu'après ce début aigu le malade revienne à un état normal ; le plus souvent la

convalescence qu'il attend ne vient pas, il ne récupère pas ses forces et au bout de quelques semaines d'incertitude il existe un état pathologique qui s'impose à l'esprit le moins averti et nécessite un examen approfondi.

2°. Début par hémoptysie.

Le début par hémoptysie est le plus rare dans la lobite supérieure droite. Nous ne l'avons rencontré que 23 fois. Nous n'avons, bien entendu, retenu pour ce groupe que les cas où l'hémoptysie est le premier symptôme de l'affection tuberculeuse, ce qui exclut d'une part, les crachats sanglants qui apparaissent parfois quelque temps après un début brusque, et d'autre part, les hémoptysies qui se déclarent au cours de débuts lents et progressifs.

L'hémoptysie du début, dans la lobite supérieure, droite est rarement très abondante ; elle se traduit, le plus souvent, par des crachats sanglants variant en nombre de 10 à 20 que le malade expectore dans une journée. Deux de nos cas ont fait exception à cette règle ; dans le premier (obs. XXVIII) le malade fut pris d'emblée d'une très grosse hémoptysie et dans le second (obs. CV) l'hémoptysie fut si violente qu'elle ne céda qu'à l'institution d'un pneumothorax hémostatique.

C'est dans ce mode de début que le phthisiologue rencontre le plus souvent des lobites à leur phase initiale, l'hémoptysie faisant une telle impression sur le malade ou sur son entourage qu'elle amène l'intéressé à consul-

ter un médecin dont le diagnostic est aiguillé par ce syndrome et demande des précisions à un examen radiologique.

3° Début lent ou insidieux.

C'est le mode de début de beaucoup le plus fréquent dans la lobite supérieure droite, puisque nous l'avons rencontré 69 fois, et ce chiffre a d'autant plus d'importance que nous n'avons pas admis dans ce groupe les débuts considérés comme lents par des malades chez lesquels l'apparition de l'affection a été en réalité rapide mais méconnue, ou considérée comme indépendante de la tuberculose, parce que suivie d'une période d'arrêt.

Il s'agit parfois de malades ayant un long passé pulmonaire : des bronchiteux, des emphysémateux, des gens qui souffrent fréquemment de points de côté ou qui ont été atteints de pleurésie séro-fibrineuse ; ce sont ces malades qui avaient particulièrement retenu l'attention de L. BÉRHOUX ; mais, plus souvent, ce sont des sujets n'ayant aucun passé pulmonaire qui sentent diminuer leur aptitude au travail, des anémiés, des fatigués qui entretiennent pendant plusieurs mois une température vespérale variant entre 37° 5 et 37° 8 avant qu'on puisse mettre sur leur état un diagnostic de tuberculose pulmonaire.

Enfin nous avons considéré comme début lent les lobites appartenant à des formes de tuberculose pleuro-pulmonaire d'emblée. Nous savons d'ailleurs qu'il s'agit là de formes de tuberculose relativement bénignes évo-

luant vers la sclérose (LÉON BERNARD et MAX BIDERMANN).

En résumé, sur 124 lobites supérieures droites que nous avons observées nous avons noté :

32 cas de début brusque, soit.	28,8 %
23 cas de début par hémoptysie, soit	18,5 %
69 cas de début lent ou insidieux, soit.	55,6 %

Plus de la moitié des cas ont débuté lentement et l'on comprend toute l'importance de ces chiffres quand on les compare aux statistiques fournies sur les différents modes de début de la tuberculose pulmonaire.

DUDAN dans une statistique faite dans le service de M. RIST donne :

Débuts insidieux	34 %
Débuts par hémoptysie.	6 %
Débuts par épisode aigu avec prodromes légers	12 %
Débuts par épisode aigu sans prodromes	48 %

La statistique de BLANCHE faite dans les services de MM. RIST et PISSAVY donne :

Débuts 'progressifs	37 %
Débuts par hémoptysie	13 %
Débuts brusques	50 %

La comparaison de ces différents chiffres montre que la localisation de tuberculose pulmonaire que nous étudions sous le nom de lobite supérieure droite débute, beaucoup plus souvent que les autres formes de tuberculose, d'une façon insidieuse. Il en est de même pour le début par hémoptysie. Par conséquent, sans affirmer, comme BÉRHOUX, que la lobite supérieure droite s'installe presque toujours chez d'anciens tuberculeux à évolution lente et progressive, nous devons dire qu'il n'y

a nullement lieu de considérer avec ARIS la lobite comme une localisation de tuberculose à début apparent toujours aigu.

B. — Période d'état

Nous essaierons, en étudiant l'évolution, de discerner comment et en combien de temps la lobite supérieure droite atteint sa période d'état ; nous n'envisagerons ici que l'étude statique des symptômes fonctionnels et généraux, ainsi que des signes physiques, au moment où l'examen radiologique a révélé pour la première fois l'existence de la lobite.

1°) Symptômes fonctionnels et généraux.

Ils sont, en général, en rapport avec la mode de début. Si l'on est en présence d'une affection qui a débuté brusquement, le malade, le plus souvent, aura conservé un état général satisfaisant et la première poussée fébrile qui aura nécessité son arrêt n'aura que très peu modifié son état habituel. La température, dans ce cas, est des plus variables. Si la période aiguë n'a été que de courte durée, le malade au moment de l'examen ne présentera qu'un état subfébrile, qu'il ignorera parfois et ne pourra mettre en évidence que par des examens thermométriques systématiques et réguliers. Parfois même il n'y aura pas du tout de fièvre (obs II, LX, LXXV, LXXXI, CVII, CV, CXI).

Cependant, il n'est pas rare de rencontrer des malades chez lesquels le début a été brusque et dont la tempé-

rature reste, pendant de longues semaines, très élevée, voisine de 40° : leur état général est alors rapidement atteint, aussi bien en raison du manque d'appétit qu'entraîne cette hyperpyrexie que de l'infection particulièrement profonde qu'elle traduit.

Dans le début par hémoptysie, l'état général est ordinairement conservé, car cette hémoptysie est, nous l'avons dit, le plus souvent peu importante et l'organisme peut en quelques jours en réparer les effets ; la température est, alors, peu élevée.

Lorsqu'il s'agit de début lent il est rare que l'état général soit bon, car on est alors en présence de malades qui, depuis longtemps, sont dans un état anormal et s'alimentent peu. Leur température est généralement peu élevée ; elle ne dépasse pas 37°8 le soir et peut même faire complètement défaut. Mais il est possible qu'au moment de l'examen, le malade qui entre dans la catégorie dont nous venons de parler présente une température élevée parce que sur son état chronique que nous venons de décrire se développe un épisode aigu, fébrile et de nature pneumonique.

La toux et l'expectoration sont variables avec la forme de tuberculose et le mode de début auxquels appartient la lobite considérée. La lobite fibreuse donne une expectoration peu abondante et des bacilles très rares dans les crachats, tandis que les formes ulcéro-casécuses donnent une expectoration abondante, muco-purulente dans laquelle les bacilles sont d'autant plus nombreux que la lésion est plus largement excavée. Cependant, nous avons toujours réussi à mettre en évidence, chez nos

malades, le bacille de Koch dans les crachats, soit à l'examen direct, soit à l'homogénéisation, ce qui nous a permis de n'avoir jamais de doute sur la nature de la maladie que nous observions.

L'inappétence, les sueurs nocturnes, les troubles digestifs, d'ailleurs inconstants et irréguliers, qui constituent l'habituel cortège des symptômes généraux de la tuberculose pulmonaire se retrouvent dans la lobite à des degrés variables suivant les individus.

2°) Signes physiques.

Toujours mu par la pensée que la lobite supérieure pouvait être considérée comme une localisation tout à fait spéciale de la tuberculose pulmonaire, L. BERNORX se déclarait « frappé par l'uniformité des signes stéthocoustiques » et il décrivait un schème de densification avec submatité, exagération des vibrations, respiration soufflante aux deux temps (souffle « tubo-cavitaire »), souvent de la broncophonie et des bruits adventices variables, « en général discrets », et présentant trois particularités correspondant aux trois images radiologiques de la lobite :

a) Densification sans bruits adventices correspondant à la plage homogène de l'examen radiologique ;

b) Densification avec râles bulleux de grosseur et d'intensité variables correspondant à l'aspect en mie de pain ;

c) Densification avec syndrome cavitairé correspondant à l'aspect lacunaire.

ARIS qui n'étudie la lobite qu'en tant que tuberculose

lobaire lui décrit un syndrome d'infiltration, d'hyperdensité avec submatité ou matité franche, vibrations vocales exagérées, diminution du murmure vésiculaire et renforcement du bruit respiratoire et glottique pouvant aller jusqu'au véritable souffle tubaire ou « tubopleural », pectoriloquie aphone « quelquefois c'est tout, ajoute-t-il, mais le plus souvent on perçoit, surtout après la toux, des craquements, des râles bulleux ou des gargouillements ».

Pour répondre à des conceptions nosographiques différentes ces deux descriptions n'en sont pas moins très voisines. Nous ne saurions qu'y souscrire ; cependant nous devons préciser qu'elles contiennent tous les faits qu'on est susceptible de rencontrer à l'examen clinique de la lobite, mais qui ne se trouvent que rarement réunis chez un seul malade. En réalité il ne s'agit pas d'un syndrome de lobite, mais plus simplement d'un syndrome de condensation pulmonaire que sa topographie permet, plus ou moins, de supposer localisé à un seul lobe.

La submatité, qui peut d'ailleurs parfois donner un timbre de matité complète, est le syndrome le plus constant ; elle occupe tout le sommet et descend : en avant jusqu'à la ligne mamelonnaire, en arrière, jusqu'à la partie moyenne de la fosse sous-épineuse, et, sur le côté, jusqu'à la partie moyenne du creux axillaire. Il ne nous semble pas possible de déterminer à la percussion la limite inférieure correspondant anatomiquement au trajet de la scissure.

L'augmentation des vibrations thoraciques est égale-

ment très fréquente ; elle répond à la même condensation et s'extériorise dans les mêmes limites que la submatité.

Le souffle n'est pas aussi constant que les signes précédents car, fréquemment, l'auscultation ne donne aucun signe de transmission de bruit bronchique, le murmure vésiculaire est complètement aboli et la condensation ne se différencie du pneumothorax que par la matité qui, dans ce cas, existe, au lieu de la sonorité provoquée par la présence de gaz.

Il n'existe pas, d'ailleurs, de souffle caractéristique de la lobite. Toutes les variations de timbre et de tonalité se retrouvent dans ce bruit qui va de la simple respiration bronchique jusqu'au souffle, très rude à l'inspiration, plus doux à l'expiration, perceptible aux deux temps de la respiration, que BÉTHOUX appelle souffle « tubo-cavitaire » et ARIS souffle « tubo-pleural ».

Il importe d'ailleurs de ne pas confondre ce souffle dû à la transmission du bruit glottique à travers le parenchyme densifié avec un autre souffle nettement amphorique et très intense, et qui n'est autre que le bruit produit par la colonne d'air qui descend dans la trachée, lorsque celle-ci se trouve déplacée vers la droite dans certains cas de lobite supérieure droite à évolution scléreuse et rétractile.

Les bruits adventices sont aussi très variables ; la classification de BÉTHOUX est exacte dans l'ensemble : les râles à timbre sec appartiennent aux lobites à plage homogène, les râles bulleux peu humides sont ceux des lobites avec aspect en mie de pain et les gros râles

bulleux, les gargouillements sont l'apanage des lobites spélonquaires. Mais il ne s'agit là que d'une répartition schématique ; il existe des lobites radiologiquement caractérisées qui ne présentent à l'examen aucun bruit adventice ; elles sont, à la vérité, très rares et, le plus souvent, de nature pneumonique. Il existe aussi, dans les lobites, des cavernes qui sont complètement dépourvues de râles adventices et ne se traduisent à l'auscultation que par un souffle cavitaire ; il existe même des cavernes complètement muettes qui ne sont révélées que par l'examen aux rayons X.

Il résulte donc de cette étude que ni à la période de début ni à la période d'état, l'examen clinique ne permet de déceler l'existence d'une lobite supérieure droite. En période de début la symptomatologie clinique est celle de toutes les imprégnations tuberculeuses, en période d'état c'est celle d'une condensation du parenchyme pulmonaire.

Nous ne saurions trop protester contre les tendances qui aboutiraient à porter un diagnostic de lobite supérieure droite chaque fois qu'on percevrait des signes de condensation pulmonaire en arrière, dans la fosse sus-épineuse, ou en avant, immédiatement au-dessous de la clavicule. Il y a une symptomatologie clinique de la condensation pulmonaire tuberculeuse, il n'y a pas de symptomatologie clinique de la lobite supérieure droite.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

A. — Positif

Les symptômes généraux de la lobite supérieure droite sont ceux d'une affection pulmonaire tuberculeuse; ses signes physiques: submatité, exagération des vibrations thoraciques, souffle ou respiration soufflante, avec ou sans bruits adventices sont ceux d'une infiltration du lobe supérieur droit, excavée ou non. Mais c'est à l'écran et à l'écran seulement qu'il est possible d'affirmer le diagnostic de lobite supérieure droite.

Par conséquent, lorsque, chez un malade, l'examen clinique révèle des signes de condensation du sommet droit, il faut le compléter par un examen radioscopique pour savoir s'il s'agit d'une lobite. En déplaçant l'ampoule de bas en haut, on pourra distinguer facilement, dans les positions hautes, la limite interlobaire et l'atteinte totale du lobe qui sont les caractéristiques de la lobite telles que nous les avons décrites.

L'image lobitique pourra être fixée sur un cliché, mais seulement lorsqu'on aura déterminé à l'écran la position que l'ampoule doit occuper par rapport au sujet pour que sa limite inférieure soit visible. De nombreuses observations nous ont convaincu que, faute de cette précaution, on s'expose à ne pas pouvoir faire le diagnostic.

Nous pensons avec M. RIST, que si les auteurs étrangers n'ont jamais eu leur attention attirée par les délimitations scissurales et si, en particulier, de GRAEF et KUPFERLÉ ont nié l'existence de cette délimitation, cette erreur est le fait d'une uniformité de technique dans laquelle, sans radioscopie préalable, on prend des clichés radiographiques dans des positions invariables où la scissure n'est pas convenablement éclairée.

C'est prouver, une fois de plus, que, pour ses investigations, la phthisiologie doit savoir utiliser simultanément la radioscopie et la radiographie et ne saurait se passer de l'une au bénéfice de l'autre.

B. — Différentiel

Nous avons antérieurement insisté sur les différentes formations pathologiques du lobe supérieur droit, nous avons vu comment se différencient de la lobite vraie la sus-scissurite et les localisations lobaires nées de l'existence de la scissure azygos. Nous n'insisterons pas davantage.

Toutefois, le diagnostic entre la lobite partielle et la lobite vraie ne peut être fait qu'avant la collapsothérapie.

pie ; une fois le pneumothorax institué sur une lobite partielle, les parties saines du lobe s'affaissent, et, seul, reste visible à l'écran le moignon lobaire densifié.

L. BÉTHOUX a attiré l'attention sur la confusion qui peut être faite entre une lobite supérieure et une tuberculose fibro caséeuse à topographie périhilaire lorsque celle-ci est accompagnée de sclérose bronchique ; mais l'opacité n'atteint pas la totalité du lobe. Il a montré aussi comment une sclérose pleuro pulmonaire peut en imposer pour une lobite supérieure.

La confusion avec la pleurite interlobaire à épanchement nous semble moins facile. Celle-ci se traduit, sur l'écran, par une plage d'ombre sensiblement homogène, bien limitée en haut et en bas, mais cette obscurité, qui se termine nettement à sa partie inférieure, diminue plus progressivement d'intensité à sa partie supérieure où elle affecte, en général, la forme d'une courbe convexe vers le sommet. En tout cas, dans une pareille lésion, le sommet pulmonaire, représenté par le lobe supérieur, reste clair, son image radioscopique est normale. On peut donc confondre la pleurésie interlobaire avec une lobite partielle ; on ne saurait guère la prendre pour une lobite supérieure droite.

Plus intéressant, nous semble le diagnostic avec la pleurésie enkystée du sommet. Celle-ci se présente aux rayons X sous forme d'une ombre dense, uniforme, occupant tout l'apex, mais ne descendant pas, généralement, au dessous de l'image de la quatrième côte. Elle est limitée, en dedans par le médiastin en dehors par la paroi, et, à sa partie inférieure, par une ligne à con-

cavité supérieure oblique en bas et en dehors. C'est surtout cette dernière particularité qui permet de la différencier d'une lobite rétractée avec laquelle elle pourrait être confondue. Dans celle-ci, en effet, la limite scissurale est nette, oblique, en bas et en dedans, et, quand elle dessine une courbe, c'est toujours avec une concavité inférieure.

C'est aussi la forme et la direction de cette limite inférieure qui permettront d'établir un diagnostic différentiel entre une lobite azygos et une lobite supérieure droite rétractée.

MM. LE BOURDELLÈS et JALET ont, en effet, montré l'existence, — assez rare il est vrai — de la lobite azygos (1). Celle-ci peut former, à l'écran, une plage d'ombre triangulaire dont le bord externe est constitué par la paroi costale, dont le bord interne se confond avec le bord trachéo-médiastinal et dont le bord inférieur est représenté par une ligne scissurale nette qui peut être prise pour la scissure interlobaire remontée vers l'apex sous l'influence de la rétraction du lobe supérieur. Mais il s'agit, en réalité, de la scissure azygos qu'on reconnaîtra soit à l'ombre en goutte qui constitue sa terminaison parasternale, soit, plus facilement peut-être, à sa concavité dirigée vers le sommet et à gauche.

C'est encore la forme de la limite inférieure et son orientation qui permettront de distinguer, d'une lobite tuberculeuse, certains cas de cancer primitif du poumon. L'envahissement du lobe supérieur est une des

(1) LE BOURDELLÈS et JALET. — *Loc. cit.*

localisations les plus fréquentes du cancer. On voit alors, aux rayons X, une masse sombre qui occupe le tiers supérieur du champ pulmonaire et peut en imposer pour une lobite. Le plus souvent, le diagnostic différentiel sera facile : presque toujours, l'opacité du cancer respecte les parties supérieure et supéro-interne du lobe supérieur droit qui restent claires. Mais il existe des cancers qui occupent la totalité du lobe supérieur ; leur contour inférieur alors, au lieu d'avoir la netteté de la limite scissurale de la lobite est bosselé, souvent arrondi, convexe vers le bas. Suivant la tendance encéphaloïde ou squirrheuse de la tumeur, on verra apparaître, en outre, soit un syndrome de rétraction avec imbrication des côtes et attraction de la trachée et du médiastin, soit un syndrome de compression, refoulant la trachée vers le côté sain.

Cependant, MILLER et JONES ont publié l'image radiographique d'un cancer primitif du poumon simulant parfaitement celle d'une lobite supérieure droite (1). Elle se présente sous la forme d'une plage d'ombre homogène occupant le tiers supérieur du champ pulmonaire : la limite inférieure est nette, scissurale, à concavité inférieure, l'hémithorax présente de la rétraction costale, la trachée et le médiastin sont attirés vers la paroi.

Le cancer du poumon possède donc une localisation qui donne comme la localisation correspondante de tu-

(1) MILLER et JONES. — Primary carcinoma of the lung (*American Rev. of Tub.*, janvier 1930. Pp. 1 à 69).

berculose pulmonaire, une image de lobite supérieure droite. Il existe une lobite supérieure droite cancéreuse ; comme il existe une lobite supérieure droite tuberculeuse ; le diagnostic différentiel est alors impossible par la seule radiologie.

Par conséquent, de même que nous avons affirmé que l'examen clinique ne permettait pas de conclure à la localisation à forme de lobite, nous devons dire que la connaissance de l'image radiologique ne suffit pas à établir la nature tuberculeuse de la localisation : la lobite supérieure droite, peut, exceptionnellement, être cancéreuse.

L'examen clinique sera parfois, lui aussi, impuissant à déterminer la nature de la maladie : la tuberculose est en général l'apanage des sujets jeunes, le cancer celui des vieux ; mais il existe de vieux tuberculeux et on découvre, chaque année, un peu plus de jeunes cancéreux. L'amaigrissement, l'inappétence sont des symptômes communs aux deux affections, il en est de même de l'hémoptyisie encore qu'elle ne soit pas de même nature dans les deux cas. La courbe de température n'indique pas nécessairement une évolution tuberculeuse, car l'ascension fébrile existe fréquemment au cours du cancer du poumon (LÉON BERNARD). L'examen stéthoscopique donne, en cas de cancer comme en cas de lobite à plage homogène, de la submatité et une respiration soufflante sans bruits adventices. Les adénopathies sus-claviculaires ou axillaires n'auraient pas, d'après J. ANCHEL, la valeur diagnostique qu'on leur attribue classiquement en faveur du cancer. L'existence de cel-

lules atypiques dans les expectorations serait la signature du cancer ; mais il ne faut pas compter sur ce test car la recherche des cellules néoplasiques dans les expectorations est, le plus souvent négative, même dans les cas de cancer pulmonaire vérifiés *post mortem*.

La présence de bacilles de Koch permet d'affirmer la tuberculose ; et l'impossibilité de les déceler, soit après homogénéisation, soit par inoculation au cobaye, sera un argument sérieux en faveur du cancer. Le diagnostic différentiel pourra d'ailleurs se préciser au cours de l'évolution générale de la maladie, la persistance indéfinie d'hémoptysies nummulaires, notamment, étant en faveur du néoplasme (ANCHEL).

Enfin, L. BÉTHOUX a attiré l'attention sur la possibilité de l'existence de la lobite syphilitique et, parmi les observations qu'il cite, il en est une qui nous semble particulièrement intéressante. Il s'agit d'un homme de 44 ans, sans passé tuberculeux, qui, ayant contracté à l'âge de 18 ans, sous la forme d'un chancre induré de la verge, une syphilis mutilante et rebelle, traitée successivement par des pilules et des injections mercurielles, a présenté des accidents secondaires et tertiaires. On trouve chez lui, à l'examen radiologique, une image de lobite supérieure droite à plage homogène. Cinq examens de crachats, dont deux avec homogénéisation, sont négatifs. Un traitement par injections intraveineuses de novarsénobenzol amène, en moins de deux mois, un éclaircissement net de la zone de densification.

L. BÉTHOUX fait lui-même remarquer que pour rejeter

complètement l'origine tuberculeuse de cette lésion il manque le test de l'inoculation au cobaye.

Il est cependant probable qu'il existe des lobites syphilitiques comme il existe des lobites tuberculeuses ou cancéreuses. Mais il s'agit d'une lésion extrêmement rare ; pour notre part nous ne l'avons jamais rencontrée, et, en dehors des observations rapportées par L. BÉTHOUX, nous n'en n'avons trouvé aucune mention dans la littérature médicale.

Leur diagnostic se fera d'une part par l'absence de signes de tuberculose ou de cancer (passé pulmonaire, histoire de la maladie, examen des expectorations), d'autre part par la présence de signes d'imprégnation syphilitique (antécédents, cicatrices de chancre, réaction de Bordet-Wassermann) et surtout par la régression des lésions sous l'influence du traitement spécifique d'épreuve.

CHAPITRE VI

ÉVOLUTION

L'analyse de nombreuses observations propres à l'étude de l'évolution de la lobite supérieure droite rencontre bien des obstacles. On se trouve, en effet, en présence d'une affection localisée, parfaitement justiciable du pneumothorax thérapeutique, et, celui-ci une fois institué, il n'est plus possible de suivre la marche naturelle de la maladie. Dans les cas où le pneumothorax a été refusé ou est impossible, l'évolution est parfois lente et s'effectue en plusieurs années ; c'est pourquoi nous n'avons pu réunir qu'un nombre relativement faible d'observations qui présentassent une évolution complète, car, s'il est relativement facile de suivre un malade porteur d'un pneumothorax quand il vient régulièrement aux insufflations, il est très difficile de retrouver, après plusieurs années, un sujet chez lequel on n'a pu instituer aucun traitement efficace.

Parmi nos 64 malades qui n'ont pu bénéficier de la collapsothérapie, 14 n'ont pu être retrouvés, il en reste

donc cinquante sur lesquels nous avons pu suivre les diverses modifications des lésions.

L'évolution de la lobite supérieure droite doit être envisagée à un double point de vue : l'évolution de la localisation elle-même, et l'évolution de la tuberculose pulmonaire ; en d'autres termes, nous devons étudier ; d'une part, les transformations du parenchyme pulmonaire dont l'atteinte a donné lieu à la création de l'image lobitique, et, d'autre part, les possibilités d'extension, aux autres lobes, du processus primitivement localisé.

A. — L'évolution intrinsèque

Quel que soit le mode de début de la lobite supérieure droite, elle n'atteint, le plus souvent, sa période d'état que sous l'influence de poussées pneumoniques. Quand le début est brusque, l'envahissement total du lobe peut se faire en une seule phase et être très rapide, c'est ainsi que M. Rist a pu voir, chez un de ses malades, une lobite supérieure droite se constituer en moins de huit jours (1). Plus fréquemment, cependant, l'atteinte complète du lobe ne se réalise qu'en plusieurs temps ; c'est généralement, la partie inférieure ou inféro-interne, sus-scissurale qui est envahie lors du premier épisode pneumonique. On voit alors, à la radioscopie, une image triangulaire à sommet interne et à

(1) RIST. — Le début brusque de la tuberculose pulmonaire de l'adulte. (*Revue de la Tuberculose*, 1930, p. 5 à 35).

base axillaire dont la limite supérieure remonte plus ou moins haut, en teintes dégradées, vers l'apex du lobe pulmonaire. Cette lésion peut rester stationnaire et constituer une lobite partielle, ou envahir secondairement la totalité du lobe à la suite de nouvelles manifestations pneumoniques.

Il se produit ainsi, lors de la constitution de la lobite supérieure droite, une série de « poussées évolutives » analogues à celles dont BEZANÇON et BRAUN, BRUNEL de SERBONNES ont précisé les notions ; et cette localisation justifie alors l'aphorisme de LORRAIN : « La tuberculose pulmonaire chronique n'est qu'une succession de poussées pneumoniques ». C'est ce qui explique avec quelle régularité nous avons rencontré, lors des examens microscopiques de nos pièces anatomiques, des lésions de bronchio-alvéolite, tuberculose exsudative d'ASCHOF et des auteurs allemands. C'est aussi ce qui permet de comprendre pourquoi un certain nombre de nos malades considéraient leur affection tuberculeuse comme la conséquence d'une congestion pulmonaire ou d'une broncho-pneumonie qui n'était, en réalité, que la première manifestation de l'invasion bacillaire.

La constitution de la lobite s'accompagne d'une symptomatologie clinique d'autant plus importante que l'envahissement lobaire a été plus rapide ; la caséification et l'ulcération peuvent se produire sans bruit, le malade est subfébrile, parfois même complètement apyrétique (obs. XL, LX, LXXXV, CX) ; mais, plus souvent, elles sont cause de température : la courbe thermique présente un certain nombre de poussées fébriles qui

correspondent, en général, à l'augmentation, en nombre ou en volume, des ulcérations (obs. XLI, LXXXVI, XCV, CXXIV).

Obs. CXXIV. — F... Suzanne, 23 ans, dactylographe, a eu plusieurs maladies d'enfance, a été opérée de mastoïdite à 5 ans et a eu une pleurésie sèche, à droite, à l'âge de 15 ans.

En 1928, elle a une hémoptysie représentée par 6 crachats de sang pur. Aucun autre phénomène d'origine pulmonaire ne se manifeste pendant quatre ans.

Le 10 mars 1931, se sentant très fatiguée, elle se présente au Dispensaire Léon Bourgeois : elle accuse un amaigrissement de 8 kg. en 4 mois, elle n'a plus d'appétit, tousse beaucoup, mais crache peu, Bacilloscopie positive. Température vespérale atteignant 38°. Sueurs nocturnes

Examen stéthacoustique : A droite : submatité du sommet, diminution du murmure vésiculaire dans le tiers supérieur. Crépitations sous la clavicule. Pectoriloquie aphone.

Rien à gauche.

Examen radiologique : Champ pulmonaire droit : plage d'ombre sensiblement homogène occupant le tiers supérieur avec limite inférieure scissurale nette.

Champ pulmonaire gauche normal.

L'admission de la malade à l'hôpital Laënnec est alors décidée mais, en attendant une place vacante, elle doit se soigner chez elle. Elle n'entre salle Mosny que le 6 avril.

Elle dit avoir eu, depuis sa visite au Dispensaire, une température toujours voisine de 39° le soir, et des crachats muco-purulents abondants. Au moment de l'entrée, la fièvre est un peu moindre (38°2). Mais les crachats restent abondants avec présence de B. K.

Examen stéthacoustique : Poumon droit : submatité du sommet. Respiration soufflante avec gros râles bulleux en avant, sous la clavicule, et, en arrière, dans les fosses sus et sous-épineuses. Pectoriloquie aphone. Retentissement exagéré de la voix et de la toux.

Poumon gauche normal.

Examen radiologique : Champ pulmonaire droit, plage d'ombre non homogène occupant le tiers supérieur du champ avec limite inférieure nette. Cette plage présente trois images spéléomorphiques. L'une, d'environ 4 centimètres de diamètre, située dans l'angle pariéto-claviculaire, les deux autres, plus petites, immédiatement sus-scissurales.

Champ pulmonaire gauche : Exagération des tractus entre hile et diaphragme.

Un pneumothorax artificiel est alors décidé, mais trois tentatives restent infructueuses. La malade est mise au traitement par la crisalbine à raison de 0 gr. 25 par semaine.

Le 10 juin 1932, la malade, très améliorée, a repris 5 kg. Elle ne tousse pas et ne crache que très peu. Toutefois les bacilloscopies restent positives. Etat fébriculaire (37°,5, 37°,6).

Examen stéthacoustique : Poumon droit : submatité de la moitié supérieure du poumon. Respiration soufflante. Râles bulleux après la toux sous la clavicule.

Poumon gauche normal.

Examen radiologique : Champ pulmonaire droit : rétraction costale, attraction trachéale. Plage d'ombre de dimensions réduites par rapport à l'examen précédent ; ascension de l'ombre scissurale et des images spéléomorphiques dont le diamètre est très notablement diminué.

Champ pulmonaire gauche : comme au précédent examen.

Cette observation permet de suivre nettement l'évolution ; c'est celle d'une malade chez laquelle la lobite supérieure droite s'est installée avec la symptomatologie habituelle du développement de la tuberculose pulmonaire de l'adulte. Au moment où on la voit au dispensaire Léon Bourgeois, elle présente une lobite supérieure droite à plage homogène, d'installation probablement récente ; mais, entre le moment où elle vient au dispensaire et celui où elle entre à l'hôpital, elle fait une nouvelle poussée au cours de laquelle la lésion se caséifie et se creuse de trois spélonques que l'on constate lors de son arrivée dans le service.

CASÉIFICATION ET ULCÉRATION.

Ainsi, la lobite à plage homogène et la lobite à plage non homogène constituent bien deux stades différents

d'une même lésion. Quand elle vient de se constituer, elle forme la plage homogène qui peut présenter des différences de teintes entre la région sus-scissurale et et l'apex mais ne traduit aucune solution de continuité. Puis, elle se caséifie et s'ulcère ; c'est alors la plage non homogène avec ses deux variétés d'aspect en mie de pain et d'aspect cavitaire, le second n'étant, le plus souvent, que l'aboutissement du premier sous l'influence persistante du processus nécrosant.

L'apparition du stade de caséification et de ramollissement se fait généralement de quinze jours à un mois après la constitution de la lobite ; mais il peut être beaucoup plus rapide et la phase de destruction peut succéder insensiblement à la phase d'envahissement. La pratique radiologique montre avec quelle rapidité les lésions se nécrosent, « l'excavation apparaît rapidement, presque instantanément » (RIST et AMEUILLE) ; elle succède, pour ainsi parler, directement à l'hépatisation, sans laisser place à aucun stade intermédiaire. C'est ce qui explique pourquoi nous avons, si peu souvent, au cours de nos recherches, rencontré l'image radiologique de lobite supérieure droite à plage homogène.

L'ulcération peut se produire en un point quelconque du bloc lobaire ; mais elle se rencontre avec une fréquence remarquable dans l'angle pariéto-claviculaire. Elle peut être unique ou multiple. Son apparition se traduit à l'auscultation par le syndrome classique des cavités : souffle caverneux d'intensité forte, de tonalité basse, perceptible surtout à l'expiration ; râles bulleux.

devenant, dans les cas les plus caractéristiques, des gargouillements. Cependant, il est des cavernes dont rien, à l'auscultation, ne traduit la présence ; leur apparition n'entraîne aucune modification du schème stéthacoustique de densification lobaire.

LOBITE ET PNEUMONIE CASÉEUSE.

La pneumonie caséeuse qui constitue une forme particulièrement grave des pneumonies tuberculeuses n'affecte jamais la topographie de la lobite supérieure droite. Du moins, ne l'avons-nous jamais rencontrée. Nous n'en avons pas, non plus, trouvé mention dans les annales médicales. Dans la lobite, le processus de caséification ne s'étend jamais, d'emblée, à toute la lésion, et, lorsque nous avons rencontré l'évidement lobaire presque total, il était dû à l'augmentation progressive du diamètre d'une caverne sous l'influence permanente du processus ulcératif (obs. CXIV).

RÉSOLUTION.

La caséification et l'ulcération constituent l'évolution normale de la lobite supérieure droite de nature pneumonique. Il existe cependant des exceptions. PÉLISSIER (de Lyon) a pu relever, dans la littérature médicale, quelques observations de pneumonie tuberculeuse terminée par une résolution complète. Il n'est donc pas impossible, comme il résulte des travaux de M. RIBAUDEAU-DUMAS, que semblable régression se produise, plus ou moins rapidement, lorsque la lésion affecte la topographie de la lobite supérieure droite. Plus souvent,

comme l'a montré le ^r SERGENT, la régression est partielle, la plage d'ombre n'occupe plus que la partie juxta-scissurale du lobe supérieur, l'apex ne présente plus que quelques images nodulaires qui s'étaient formées au milieu des exsudats alvéolaires ; parfois même, il est redevenu complètement clair.

EVOLUTION FIBREUSE SECONDAIRE.

Comme toute lésion tuberculeuse, la lobite supérieure droite présente une double tendance vers la caséification et vers la sclérose. Celle ci peut, dans quelques cas exceptionnels, signalés par ANTS, intéresser d'emblée la totalité de la condensation lobitique. Mais, dans la majorité des cas, le foyer d'hépatisation s'est caséifié et excavé avant que n'intervienne le processus de sclérose. Celui-ci, une fois institué, va déterminer l'arrêt de l'évolution et provoquer la rétraction des lésions.

LOBITES PRIMITIVEMENT FIBREUSES.

A côté des lobites supérieures droites à forme pneumonique, il existe des lobites de nature fibreuse, représentées radiologiquement par une plage d'ombre à limitation inférieure scissurale nette et que constituent essentiellement des marbrures et des tractus très denses (obs. I, LX, LXXIX, XCVIII, CX).

Les lobites de cette nature ne marquent qu'une tendance très restreinte à la caséification ; elles présentent, à la radioscopie, des plages homogènes, des aspects en mie de pain ou quelques spéléomorphies de petit diamètre, mais jamais de grandes excavations. Le processus de rétraction, est, lui-même, dans ces lobites, peu

intense, et la localisation reste longtemps stationnaire sans régresser ni s'étendre.

Le diagnostic entre la lobite d'emblée fibreuse et la lobite ulcéro-caséeuse devenue secondairement fibreuse sera facilité par l'interrogatoire du malade, l'image radiologique pouvant être la même dans les deux cas.

B. — La guérison

Dans les cas heureux de lobite supérieure droite ulcéro-caséeuse, le développement des lésions scléreuses marque l'acheminement vers la guérison. La courbe thermique descend et devient régulière, l'état général s'améliore, le poids augmente, les crachats diminuent et les bacilles, de moins en moins nombreux, finissent par disparaître. Cependant, avant d'annoncer la guérison, il faudra faire, en série, des examens d'expectorations, avec homogénéisation et inoculation au cobaye.

La diminution des signes physiques accompagne la régression des symptômes généraux, les râles bulleux deviennent de plus en plus rares, la limite inférieure de submatité remonte vers le sommet au fur et à mesure que le lobe se rétracte ; au-dessous de la lésion, l'auscultation des lobes moyen et inférieur, distendus par l'emphysème vicariant, révèle une respiration diminuée, rude et soufflante.

A l'examen radioscopique, l'image de la lobite est considérablement diminuée, elle se présente sous la forme d'une plage d'ombre homogène, car le processus de sclérose a permis l'effacement des cavernes ; sa

limite inférieure a suivi le mouvement ascensionnel, la paroi, le médiastin, la trachée, subissent les modifications que nous avons indiquées en étudiant l'image radiologique de la lobite rétractée.

L'observation que nous donnons ci-dessous nous permet de suivre la guérison par sclérose rétractile.

Obs. CXVII. — J... Lucienne, 25 ans, découpeuse, toussé depuis près d'un mois quand elle entre salle Mosny le 27 mai 1929. Bacilloscopie positive. Température entre 38 et 39. Sueurs nocturnes abondantes

Examen stéthacoustique : Poumon droit : submatité du sommet, râles bulleux sous la clavicule et dans la fosse sus-épineuse. Poumon gauche : respiration soufflante en avant et en arrière.

Examen radiologique : Champ pulmonaire droit : plage d'ombre non homogène occupant le tiers supérieur avec limite inférieure scissurale nette. Spéléomorphie à large diamètre au-dessus de la clavicule. Aspect en mie de pain dans la région juxta-scissurale. Champ pulmonaire gauche : dans l'apex, semis de taches reliées au hile par d'épais tractus.

Les lésions du côté gauche ne permettant pas l'institution d'un pneumothorax artificiel, on donne à la malade 6 gr. de crisalbine en injections hebdomadaires intraveineuse de 25 centigr.

Améliorée, elle quitte l'hôpital. Ses bacilloscopies deviennent négatives à partir de mars 1930 ; elle a, à ce moment, repris 6 kgs.

Ayant recommencé son travail en janvier 1931, on lui injecte, de nouveau, de la crisalbine à raison de 25 centigr. par semaine jusqu'en novembre suivant.

Revue en mai 1932, la malade qui travaille toujours a conservé un très bon état général ; elle ne toussé pas, ne crache pas ; pas de bacilles.

Examen stéthacoustique : Poumon droit : respiration rude et soufflante sans bruits adventices.

Poumon gauche : respiration légèrement soufflée.

Examen radiologique : Champ pulmonaire droit : rétraction costale, attraction médiastine et trachéale. Plage d'ombre très dense occupant le quart supérieur du champ avec limite scissurale à concavité inférieure.

Champ pulmonaire gauche : taches d'aspect dense dans l'apex.

L'évolution vers la sclérose n'a pas été, chez cette femme, réellement spontanée, puisqu'elle a été soumise au traitement aurique, mais MM. LÉON BERNARD et CH. MAYER pensent que l'action des sels d'or ne se manifeste qu'en accentuant la tendance fibreuse naturelle des lésions tuberculeuses.

Cependant, la guérison peut être obtenue sans qu'intervienne le processus de sclérose rétractile. Il se produit alors, en quelque sorte, un effacement des images radiologiques : là où existait préalablement une plage d'ombre, on ne trouve plus que quelques taches d'aspect dense. Anatomiquement, il y a résorption des exsudats alvéolaires et persistance de nodules qui se calcifient. C'est ce qui s'est passé dans l'observation suivante :

Obs. CXVIII. — F... Louis, 44 ans, marchand des quatre saisons, a été réformé en 1916 pour laryngite chronique consécutive à intoxication par ypérite. Il est admis à l'hôpital Laënnec le 13 août 1929 parce qu'il tousse et crache abondamment. Il a maigri de 2 kg. en un mois ; sa température atteint, le soir, 41°. Sueurs nocturnes. Bacilloscopie positive.

Examen stéthacoustique : Poumon droit : submatité du sommet. Râles bulleux en avant, sous la clavicule, et, en arrière, dans la région paravertébrale.

Poumon gauche : respiration soufflante.

Examen radiologique : Champ pulmonaire droit : plage d'ombre non homogène occupant le tiers supérieur avec limite inférieure scissurale nette. Image spéléomorphique d'environ 4 cm de diamètre sous la clavicule.

Champ pulmonaire gauche : taches périhilaires.

Le pneumothorax artificiel n'est pas proposé en raison des lésions du poumon gauche, le traitement par la crisalbine doit être arrêté dès la seconde injection à cause du développement d'une stomatite.

Soumis à la seule cure hygiéno-diététique le malade s'améliore progressivement.

En février 1932, il présente un bon état général et a augmenté de 8 kg.

Eramen stéthacoustique : Poumon droit : submatité du sommet, respiration rude, sans bruits adventices.

Poumon gauche : respiration soufflante.

Eramen radiologique : Champ pulmonaire droit : rétraction costale, attraction médiastine et trachéale. Image scissurale d'aspect dense immédiatement au-dessus de laquelle on note une diminution de transparence et quelques taches très opaques. L'apex est clair.

Champ pulmonaire gauche : noyaux de calcification périhilaires.

Le processus de guérison par sclérose rétractile est également celui qu'on rencontre dans la lobite supérieure droite traitée par pneumothorax artificiel. Il est cependant possible, même avec la collapsothérapie, de rencontrer la guérison par effacement (obs. XLVI).

La sclérose de la lobite supérieure droite n'entraîne aucune modification de l'organisme en dehors de l'emphysème compensateur dont nous avons parlé ; la lésion demeure localisée après sa guérison comme pendant son évolution. Contrairement à ce qu'on rencontre dans les tuberculoses fibreuses diffuses, la lobite supérieure droite sclérosée n'amène que très peu de retentissement sur la circulation, l'asystolie y est très rare, la tension artérielle est normale.

M. SERGENT a signalé l'existence de troubles pupillaires dans la lobite scléreuse quand celle-ci entraîne la symphyse pleuro-médiastinale (1) ; les filets sympathiques sont lésés par le processus sclérosant et déterminent la mydriase, le myosis, parfois même un véritable syndrome de Claude Bernard-Horner.

(1) E. SERGENT et P. GEORGES. — Le syndrome phrénico-pupillaire (*Presse médicale*, 23 avril 1928).

Il faut se garder d'affirmer précocement la guérison clinique de la lobite supérieure droite : le recul du temps, la surveillance de la température après les efforts, l'épreuve du travail, les examens des expectorations en série, avec homogénéisation, permettront seuls d'en recueillir définitivement la certitude.

C. — L'évolution extrinsèque

L'évolution spontanée vers la sclérose n'est malheureusement pas la règle. Sur 50 cas de lobite supérieure droite dont nous avons suivi la marche, nous ne l'avons rencontrée que 13 fois, c'est-à-dire dans 26 % des cas. Le plus souvent, après un stade de localisation lobaire, la lésion s'étend aux autres régions du poumon. Nous l'avons vue ainsi se propager 27 fois (54 %), 8 malades (16 %) sont restés dans un état stationnaire, deux sont morts de complications extra-pulmonaires, une fois tuberculeuses (méningite, obs. IV) l'autre fois, non tuberculeuses (obs. I).

Avant d'envahir les autres territoires pulmonaires, la lobite reste localisée pendant que se produisent en elle les modifications intrinsèques d'ulcération et de caséification que nous venons d'étudier. La durée de la localisation lésionnelle est fonction de l'intensité de l'infection et du pouvoir de défense du terrain sur lequel elle évolue ; nous l'avons vu varier de 1 mois (obs. IX) à 3 ans (obs. XII), exceptionnellement 5 ans (obs. CV). C'est pourquoi L. BÉTHOUX pensait que la scissure symphysée jouait le rôle de barrière d'arrêt et

empêchait l'extension. Il n'en est rien : la scissure peut être parfaitement libre et les lésions n'en demeurent pas moins arrêtées.

Nous ne pensons pas, non plus, qu'il soit exact de dire que la lésion qui s'étend « franchit la scissure ». Cette expression permettait de croire que la propagation se fait régulièrement de proche en proche, du lobe supérieur au lobe moyen. Or, nous avons remarqué que lorsque se produit l'extension lésionnelle, elle respecte presque toujours la région immédiatement sous-scissurale ; parfois même, le lobe moyen reste complètement indemne, et c'est le lobe inférieur qui est atteint. Nous avons pu vérifier cette topographie des lésions métastatiques sur les pièces anatomiques (obs. XIX). D'ailleurs, ce n'est pas aux lobes sous-jacents, mais au poumon opposé que se propagent, le plus souvent, les lésions. On voit alors apparaître, dans la région péri-hilaire gauche, de petites taches d'aspect nodulaire qui vont irradier vers la clavicule et vers la paroi.

Il faut, en effet, remarquer que, tandis que la lobite supérieure droite se constitue généralement par un processus de nature pneumonique qui se traduit aux rayons X par des plages d'ombre et, sur les coupes microscopiques, par des zones d'alvéolite tuberculeuse, son extension se fait toujours sous forme de métastases, plus ou moins diffuses, dont on peut, histologiquement, vérifier le caractère nodulaire. Sur 27 lobites supérieures droites, non collabées, que nous avons vu s'aggraver et s'étendre, nous avons rencontré 22 cas

(soit dans plus de 80 %) où la lésion s'est faite sous forme de lésions périhilaires gauches. L. BÉTHOUX, puis JULIEN MARIE cité par M. LÉON BERNARD, ont aussi, dans leurs statistiques, rencontré près de trois fois plus de lobites bilatéralisées avant que d'être propagées aux lobes sous-jacents. C'est le phénomène qu'ont étudié MM. LÉON BERNARD, RIST et MAINGOT de la « localisation périhilaire initiale de la tuberculose propagée d'un poumon à l'autre ». Ces foyers, à point de départ hilaire, vont confluer et former des lésions graves par leur tendance à la caséification, à l'ulcération, à l'extension centrifuge. Ils finiront par envahir une grande partie du parenchyme pulmonaire pendant que s'aggravera l'état général du sujet dont ils provoqueront la mort par cachexie.

D. — La mort

Tant que la lobite supérieure droite demeure localisée, la mort est exceptionnelle, le processus bacillaire est peu étendu et l'organisme se défend. Elle pourrait, cependant, survenir avec une hémoptysie foudroyante ; nous ne l'avons jamais rencontrée. Les complications tuberculeuses extra-pulmonaires sont également exceptionnelles : nous considérons comme accidentelle une mort par embolie graisseuse (obs. I) et nous n'avons rencontré qu'une complication réelle extra-pulmonaire sous forme de méningite (obs. IV). En réalité, la mort est le résultat de l'extension du processus lésionnel telle que nous venons de l'étudier. A l'examen stétho-

coustique, comme aux rayons X, le malade présente alors des lésions généralisées : le schème de condensation lobaire primitif se confond au milieu de la symptomatologie plus générale de la tuberculose bilatérale, et la plage triangulaire de la lobite supérieure droite n'est plus qu'une image topographique, d'importance relative, à l'examen radiologique des lésions étendues ; les symptômes généraux constituent alors le tableau classique de la cachexie tuberculeuse.

A l'exception des deux sujets que nous avons déjà signalés, nous n'avons rencontré qu'un seul cas de mort par hémoptysie, au cours d'une évolution déjà avancée (obs. LV) et un cas de mort par pneumothorax contro latéral spontané dont nous donnons plus loin l'observation en détails (LXVIII). Tous les autres se sont éteints progressivement, cachectiques. Sur 50 malades dont nous avons suivi complètement l'évolution nous comptons : 2 cas de mort par complication extra-pulmonaire, 1 par hémoptysie, 1 par pneumothorax contro-latéral spontané et 21 (42 %) par cachexie. Au total, 25 décès (50 %).

La mort est exceptionnelle tant que la tuberculose revêt la topographie de la lobite supérieure droite ; mais cette localisation, quand elle est abandonnée à elle même, évolue souvent vers la généralisation des lésions et aboutit à la mort dans près de la moitié des cas. La collapsothérapie, fort heureusement, permet de diminuer ce pourcentage dans de notables proportions.

CHAPITRE VII

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Il peut sembler banal de dire qu'on ne peut étudier l'anatomie pathologique des lobites supérieures droites que sur celles qui aboutissent à la mort. Cette notion est, cependant, importante ; car, en suivant leur évolution, nous avons vu qu'à côté de celles dont la marche est, le plus souvent, fatale, il existe des lobites qui, après un début et une fonte caséreuse rapides, évoluent secondairement vers la guérison par rétraction fibreuse ; et d'autres, très rares, qui d'emblée fibreuses, n'ont qu'un potentiel évolutif très faible.

La nature de ces deux catégories ne nous est connue qu'imparfaitement par les constatations cliniques et par les examens radiologiques, car elles n'ont pas — au moins immédiatement — une issue fatale. Or, il n'est pas exact de considérer la radiologie comme « l'autopsie sur le vivant ». La transparence d'un corps simple aux rayons X dépend uniquement du poids de l'atome de ce corps ; c'est la loi de BENOIST, formulée dès 1896. Il en

résulte que la différence de visibilité radiologique des corps est indépendante de leur densité et qu'elle ne peut renseigner qu'approximativement sur la nature histologique des tissus qui les composent. Pour pouvoir étudier l'anatomie pathologique des lobites à potentiel évolutif faible ou nul, il faudrait les rencontrer alors qu'une autre cause aurait déterminé la mort des sujets qui en sont atteints. Faute de cette contingence on ne peut porter ses investigations que sur celles dont la nature n'a pas permis la stabilisation.

Il est très vraisemblable, toutefois, que, sauf celles qui sont d'emblée fibreuses, toutes les lobites ont, au début, la même structure ; leur évolution ultérieure variable n'est due qu'à la différence du développement fibreux, fonction lui-même de l'intensité du processus morbide et du degré de résistance du terrain sur lequel il évolue. C'est d'ailleurs ce que nous permet de croire l'examen comparatif des pièces tel que nous l'avons pratiqué.

La première étude dont nous allons exposer les résultats a, en effet, pour objet, une lobite supérieure droite de constitution récente, et dont l'extension ne s'est faite que sous forme d'une lésion isolée, juxta-pleurale, dans le poumon gauche, ayant entraîné, par son ulcération, la formation d'un pneumothorax spontané, rapidement mortel. Nous nous trouvons donc dans des conditions particulièrement favorables pour déceler la nature des tissus qui constituent la lobite supérieure droite du type le plus fréquent, alors qu'elle est encore, presque entièrement, localisée.

Nous exposerons ensuite les résultats de nos recherches sur deux autres pièces, choisies comme les plus caractéristiques parmi celles que nous avons examinées.

A. — Etude d'une lobite supérieure droite de constitution relativement récente

Obs. LXVDI. — H... Gabriel, 27 ans, mécanicien, entre salle Brissaud le 31 octobre 1931 parce que, à la suite d'une douleur violente du côté gauche, il a été pris d'une dyspnée intense.

Le début de sa maladie remonte à trois mois, époque à laquelle il a souffert d'une affection qualifiée grippe. Sa température a été supérieure à 39° pendant quelques jours ; mais il a pu reprendre ses occupations et ne les a cessées que quinze jours avant son entrée à l'hôpital parce que la sensation de fatigue qu'il ressentait depuis l'épisode précédent s'est accrue et l'a rendu incapable de tout travail.

Le 26 septembre, à l'occasion d'une quinte de toux, il a été pris d'une violente douleur du côté gauche et a eu l'impression qu'il étouffait. Un médecin mandé aussitôt lui fit une injection de morphine, mais la douleur et la dyspnée persistant les jours suivants, son admission à l'hôpital fut décidée.

A son entrée, les difficultés respiratoires sont manifestes ; le malade est cyanosé. Il tousse et crache ; bacilloscopie positive. Température : 39°.

Examen stéthacoustique : Poumon droit : submatité dans la moitié supérieure du poumon. Souffle rude à l'inspiration, doux à l'expiration. Râles bulleux en avant, sous la clavicule, et, en arrière dans la fosse sus-épineuse.

Poumon gauche : Abolition des vibrations thoraciques. Au sommet, silence respiratoire. A la base, matité dont la limite supérieure varie avec les positions du malade.

Examen radiologique : Champ pulmonaire droit : Plage d'ombre non homogène, occupant le tiers supérieur avec limite inférieure scissurale nette. Plusieurs images spéléomorphiques du diamètre d'une pièce d'un franc dans le sommet, une autre plus petite dans l'angle pariéto-claviculaire.

Champ pulmonaire gauche : opacité liquidienne occupant la moi-

tié inférieure de l'hémithorax avec limite supérieure horizontale dans toutes les positions du sujet.

Mort par suffocation le 2 novembre 1931. L'autopsie est pratiquée 24 heures après.

EXAMEN ANATOMIQUE MACROSCOPIQUE.

A l'ouverture du thorax, une grande quantité de gaz, sous pression et inodore, s'échappe de la cavité pleurale gauche qui contient, en outre, environ 200 grammes de liquide citrin. Le poumon gauche est rétracté vers le hile, sauf au sommet où il adhère à la cage thoracique. Ce poumon n'a pas été prélevé.

Le poumon droit est légèrement adhérent au thorax sur toute sa hauteur, mais il s'agit d'adhérences lâches, aisément dissociées. Le poumon a son volume normal ; il ne présente extérieurement qu'un léger épaissement de la plèvre viscérale qui est opalescente, sans qu'il existe de lésions tuberculeuses visibles. A la palpation, le lobe supérieur est nettement plus dur que les lobes inférieurs.

Après section suivant un plan frontal passant par le hile, l'envahissement électif du lobe supérieur apparaît nettement. En détaillant l'aspect des lésions sur la face qui regarde en avant (voir planche hors-texte), depuis le sommet jusqu'à la scissure interlobaire, on note la présence de trois cavernes, de la taille, chacune, environ d'une noisette, qui sont anfractueuses avec des bords déchiquetés ; l'une d'elles est située dans l'extrême sommet, son bord interne est cerné par une travée fibreuse particulièrement visible. Entre ces cavernes et le médiastin, existe une plage arrondie, caséifiée de

manière diffuse, et des travées scléreuses, enserrant des îlots de parenchyme grisâtre, anthracosique, densifié, présentant l'aspect de la pneumonie tuberculeuse

L'axe broncho-vasculaire allant au lobe supérieur ne présente pas de modifications macroscopiques ; au-dessous de lui, deux volumineux ganglions anthracosiques contiennent quelques îlots de caséification. En dehors de cet axe broncho-vasculaire, et à mi-distance, environ, du bord externe du poumon, se trouve une quatrième caverne, un peu plus petite que les précédentes, mais dont l'aspect est le même. En dedans d'elle, le parenchyme présente son maximum de densification ; il est parcouru par quelques travées scléreuses entre lesquelles la caséification est très étendue. En dehors, au contraire, quelques nodules tuberculeux, confluents, sont séparés par du parenchyme pulmonaire, à peu près reconnaissable, qui répond au bord tout à fait externe du lobe supérieur.

La scissure interlobaire supérieure est tapissée d'un peu de fibrine, mais elle est complètement libre. Le lobe moyen et le lobe inférieur sont indemnes.

En regardant par sa face postérieure la tranche de section dont l'épaisseur est, environ, celle de la main, la disposition des lésions est, pour le lobe supérieur, sensiblement la même que sur la face antérieure. Cependant, la caséification semble moins diffuse et les cavités bronchiques et vasculaires sont entourées d'une zone scléreuse beaucoup plus visible. Le lobe moyen est indemne comme précédemment. Par contre, le lobe inférieur présente en regard de la scissure interlobaire,



Obs. LXVIII. — *Lobite supérieure droite*

Coupe du poumon suivant un plan vertical passant par le hile.

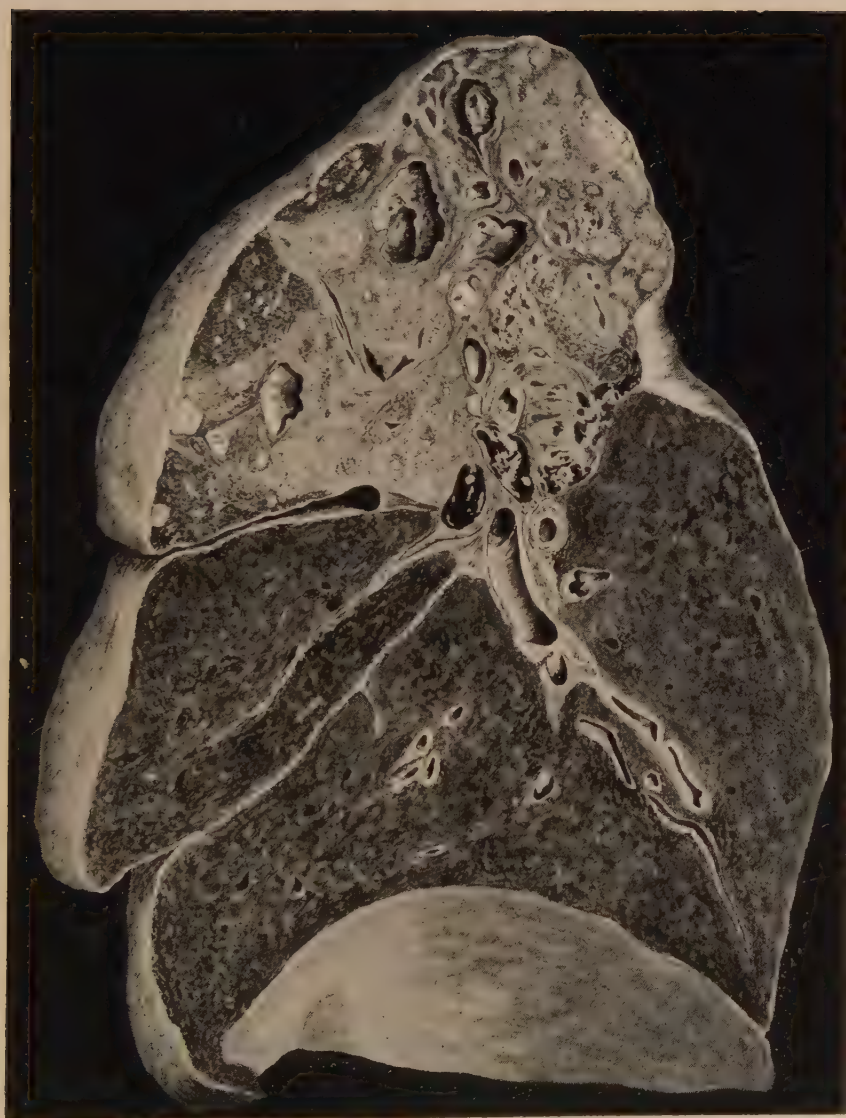
Le quadrillage du schéma indique le mode de prélèvement des fragments et l'ordre dans lequel ils ont été examinés.

manière diffuse, et des travées scléreuses, enserrant des îlots de parenchyme grisâtre, anthracosique, densifié, présentant l'aspect de la pneumonie tuberculeuse

L'axe broncho-vasculaire allant au lobe supérieur ne présente pas de modifications macroscopiques ; au-dessous de lui, deux volumineux ganglions anthracosiques contiennent quelques îlots de caséification. En dehors de cet axe broncho-vasculaire, et à mi-distance, environ, du bord externe du poumon, se trouve une quatrième caverne, un peu plus petite que les précédentes, mais dont l'aspect est le même. En dedans d'elle, le parenchyme présente son maximum de densification ; il est parcouru par quelques travées scléreuses entre lesquelles la caséification est très étendue. En dehors, au contraire, quelques nodules tuberculeux, confluents, sont séparés par du parenchyme pulmonaire, à peu près reconnaissable, qui répond au bord tout à fait externe du lobe supérieur.

La scissure interlobaire supérieure est tapissée d'un peu de fibrine, mais elle est complètement libre. Le lobe moyen et le lobe inférieur sont indemnes.

En regardant par sa face postérieure la tranche de section dont l'épaisseur est, environ, celle de la main, la disposition des lésions est, pour le lobe supérieur, sensiblement la même que sur la face antérieure. Cependant, la caséification semble moins diffuse et les cavités bronchiques et vasculaires sont entourées d'une zone scléreuse beaucoup plus visible. Le lobe moyen est indemne comme précédemment. Par contre, le lobe inférieur présente en regard de la scissure interlobaire,



une petite zone de nodules confluent en voie de caséification.

Notons que l'anthracose, qui est relativement peu marquée au niveau des lobes moyen et inférieur, est très intense au niveau du lobe supérieur, en particulier dans la région juxta-scissurale.

EXAMEN HISTOLOGIQUE

Après section du poumon droit de dehors en dedans, comme il a été indiqué, et fixation en masse dans le liquide de Kayserling pendant huit jours, une tranche mince de tout le lobe supérieur a été prélevée et divisée en 8 fragments (voir schéma de la planche hors texte) qui, après lavage à l'eau courante pendant vingt-quatre heures, ont été traités par les procédés usuels : inclusion à la paraffine, coloration à l'hématéine éosine-safran, à la fuchsine de Weigert ; au Ziehl. Deux fragments ont été prélevés, de même, au lobe inférieur, l'un en tissu apparemment sain, l'autre au niveau des nodules.

Cette méthode de fixation, évidemment imparfaite pour une étude cytologique fine, permet, par contre, le repérage topographique des lésions et la comparaison des coupes à la pièce macroscopique. Nous chercherons donc seulement à énumérer les divers types lésionnels observés en chaque point, sans insister sur des détails de structure ou sur des interprétations qui sortent du cadre de cette étude.

Le premier fragment montre une splénisation diffuse dont tous les alvéoles sont comblés par une exsudation

plus ou moins riche en cellules suivant les points. Il existe, en outre, d'une part, plusieurs formations arrondies volumineuses, à centre caséifié, entourée d'une zone de réaction folliculaire, et contenant des fibres élastiques qui dessinent encore les contours alvéolaires ; et, d'autre part, une plage d'alvéolite en voie de caséification, plage dont les bords sont flous, sans tendance à la limitation, et qui réalise l'aspect de la pneumonie caséuse, sans réaction folliculaire, sauf au niveau d'une cavité alvéolaire qui contient une cellule géante. Enfin, quelques travées scléreuses peu importantes cerrent les nodules caséifiés et enserrrent les vaisseaux. La plèvre de la grande cavité apparaît au bord interne du fragment ; elle est congestive, légèrement fibreuse en profondeur.

Sur le deuxième fragment, l'aspect est le même que sur le précédent : on voit, de plus, la plèvre interlobaire, qui, intéressée ici dans son segment interne, est très épaissie et tapissée de fibrine ; elle ne contient pas de follicules tuberculeux, mais, dans le parenchyme voisin, les lésions caséifiées s'étendent jusqu'au contact même de sa face profonde.

L'examen du troisième fragment montre une caverne anfractueuse qui est intéressée par la coupe. Sa paroi est fibreuse, dense, entourée de plusieurs nodules caséifiés, volumineux, à centre excavé. Autour de ces foyers caséux, existe une réaction folliculaire nette.

Sur le quatrième fragment, l'aspect des alvéoles est moins modifié ; la splénisation y est parcellaire et peu

intense. Il existe un semis de nodules caséifiés de petite taille, de type folliculaire ; quelques-uns sont en voie d'excavation. En un point, une bronche est coupée longitudinalement ; sa paroi, d'abord simplement congestive se perd progressivement dans une plage caséifiée étendue. La plèvre interlobaire est épaissie par des tractus fibreux, infiltrés de lymphocytes sans systématisation nodulaire.

La lumière d'une bronche forme le centre du cinquième fragment. Son épithélium, reconnaissable, est soulevé par de nombreux follicules tuberculeux. Elle est entourée d'une plage de splénisation diffuse qui rejoint des tubercules caséifiés, confluents, autour d'une zone de réaction scléreuse et folliculaire. Il existe, de plus, quelques travées de sclérose périvasculaire qui enserrant des alvéoles de type fœtal.

Les lésions du sixième fragment sont moins confluentes, des zones minces de parenchyme aéré séparent de volumineux nodules à centre caséifié ou excavé et à la périphérie légèrement scléreuse. Une bronche volumineuse est intacte ; la plèvre est épaissie.

Sur le septième fragment, au voisinage de quelques nodules variables, caséifiés en leur centre, et qui s'entourent d'une zone de splénisation, les alvéoles conservent un aspect peu modifié. La sclérose est minime, limitée au pourtour de quelques tubercules. La plèvre est épaissie, légèrement congestive.

Les lésions d'alvéolite sont très réduites sur le huitième fragment : un foyer caséifié, volumineux, s'entoure de nodules plus petits, de type folliculaire. La

sclérose est assez marquée, elle envahit un des nodules à peu près complètement.

En ce qui concerne le lobe inférieur, l'un des fragments, dépourvu d'altérations macroscopiques, est revêtu par la plèvre épaissie et scléreuse. Quelques îlots de sclérose se rencontrent également dans le tissu pulmonaire voisin. L'autre fragment, riche, lui aussi, en travées scléreuses, contient, de plus, plusieurs tubercules confluents, légèrement caséifiés, quelques nodules folliculaires de petite taille, et, dans les zones scléreuses, des alvéoles qui ont l'aspect habituel des alvéoles atelectasiés.

Que peut-on déduire de cette étude analytique ?

1° La prédominance des lésions dans le segment inféro-interne du lobe semble marquée : la splénisation diffuse, la présence de plages de pneumonie caséuse à bords imprécis, appartiennent surtout aux fragments les plus internes (nos 1 et 2); on n'y rencontre que quelques très rares alvéoles dont la perméabilité soit conservée ;

2° Dans cette zone interne où les lésions sont particulièrement diffuses et prononcées, les réactions de type folliculaire sont réduites ; elles n'apparaissent qu'au pourtour des plages d'alvéolite. Par contre, dans le segment externe, où les nodules caséifiés sont parsemés isolément dans un parenchyme moins modifié, la réaction de type folliculaire domine ;

3° La sclérose ne semble pas importante : discrète dans le segment interne, elle apparaît surtout autour de la caverne et plus en dehors ; on la voit alors au niveau

de quelques nodules folliculaires et sous forme de trachées parallèles aux vaisseaux ;

4° La plèvre scissurale qu'on rencontre sur quatre fragments (2, 4, 6, 8) est très peu modifiée : légèrement scléreuse, infiltrée de lymphocytes, elle ne participe en aucun point au processus caséeux ; dans le segment interne, elle est visible au voisinage immédiat d'une plage d'alvéolite tuberculeuse caséifiée et côtoie les lésions sans être elle-même envahie ; sur le fragment prélevé à l'angle que forme la scissure avec la plèvre de la grande cavité (8), il existe un follicule tuberculeux pleural, mais il s'agit, très vraisemblablement de la plèvre pariétale.

B. — Etude d'une lobite supérieure droite à évolution lente

Obs. XIX. — D... René, 40 ans, manœuvre, entre salle Hanot le 10 avril 1932, envoyé à l'hôpital par son médecin parce que son état, constamment plus grave, ne lui permet plus de se soigner chez lui.

C'est un malade très fatigué, considérablement amaigri, qui expose péniblement l'histoire de sa maladie. Depuis 10 ans, il tousse et crache tous les hivers et est soigné pour affection du poumon droit ; depuis 4 ans il ne peut plus travailler qu'irrégulièrement ; enfin depuis 6 mois, il a dû rester alité. Il n'a plus d'appétit, des vomissements provoqués par la toux lui font rendre ses aliments. Il tousse beaucoup et crache de nombreuses fois par jour. Bacilloscopie positive. Fièvre hectique dépassant 39° le soir.

Examen stéthacoustique : Poumon droit : submatité au sommet. Respiration soufflante avec gros râles bulleux perceptibles en avant et en arrière dans toute la partie supérieure du poumon. Râles bulleux plus fins et plus discrets à la partie moyenne. Poumon gauche normal.

Examen radiologique : Champ pulmonaire droit : plage d'ombre non homogène occupant le tiers supérieur, avec limite inférieure scissurale nette, et présentant deux images spéléomorphiques de 4 à 5 cm. de diamètre. Entre le hile et le diaphragme, on note l'existence d'une plage d'ombre d'opacité très variable et mal délimitée

autour de laquelle sont disséminées plusieurs petites taches « en grains de semoule ».

Champ pulmonaire gauche : Exagération des arborescences entre le hile et la paroi.

Le malade meurt le 14 avril 1932. L'autopsie est pratiquée 24 heures plus tard.

Contrairement à ce qui se passe dans la majorité des cas, l'extension des lésions s'est produite du côté même de la lobite ; mais, comme il est très fréquent en pareille occurrence, la région sous-scissurale n'a pas subi d'atteinte visible aux rayons X. Cette règle est vérifiée ici, non seulement pour la région voisine de la scissure, mais aussi pour tout le lobe moyen qui est resté indemne pendant que le lobe inférieur devenait le siège de lésions importantes.

EXAMEN ANATOMIQUE MACROSCOPIQUE.

L'ouverture du thorax ne révèle ni épanchement liquide de la cavité pleurale, ni adhérences du poumon à la cage thoracique.

Le poumon gauche est, dans l'ensemble, normal ; on constate seulement, au sommet, la présence de deux nodules qui ont la taille d'un pois, de consistance dure et de couleur blanchâtre.

Le poumon droit est extrait aisément et ne présente aucune lésion extérieure visible ; cependant, la consistance du lobe supérieur est beaucoup plus ferme et plus irrégulière que celle des lobes inférieurs. Les deux scissures interlobaires sont parfaitement libres et ne présentent aucune adhérence des feuillets pleuraux.

Sectionné sur un plan frontal, le poumon présente

un lobe supérieur profondément modifié: le parenchyme est de teinte grisâtre, parsemé de petits foyers d'antracose, et ceci de manière homogène, l'aspect rappelant celui de la pneumonie caséeuse. Il existe, de plus, deux volumineuses cavernes, situées l'une au-dessous de l'autre, d'environ 4 cm. de diamètre chacune; leurs bords sont réguliers et leurs cavités parcourues par des axes vasculaires qui ont persisté.

Au niveau du hile, et tout près de la scissure interlobaire, il existe des ganglions anthracosiques. Le lobe moyen est exempt de toute lésion tuberculeuse. Le lobe inférieur présente, dans sa partie moyenne, un essaimage de petits tubercules miliaires, très confluent, dont on retrouve quelques éléments à l'extrême base.

EXAMEN HISTOLOGIQUE.

Divers fragments du poumon droit ont été prélevés, après fixation massive dans le liquide de Kayserling: 1° Pour le lobe supérieur, au niveau du parenchyme, dense et grisâtre, qui sépare les cavernes, et au niveau des parois elles mêmes; 2° pour le lobe inférieur au niveau des tubercules miliaires.

Du poumon gauche, il a été prélevé seulement la zone où de petits nodules durs étaient perçus à la palpation, et cela au cours de l'autopsie même; le reste de ce poumon n'a pas été conservé.

1° LOBE SUPÉRIEUR DROIT. — *Zone de condensation pulmonaire.* — L'aspect des lésions est, sur ce fragment, nettement polymorphe: à côté de plages d'alvéolite tuberculeuse plus ou moins caséifiée suivant les points,

et souvent, déjà en voie d'excavation. il existe des nodules caséifiés, isolés, entourés d'une zone de réaction folliculaire, tandis qu'autour de ces nodules les alvéoles



FIG. 1. — Obs. XIX. — Coupe schématique du poumon :
1° Fragments prélevés pour le lobe supérieur ;
2° — — — au niveau des tubercules miliaires.

sont vides, souvent emphysemateux. Plusieurs parois bronchiques sont envahies par le processus caséeux, et, entre tous ces éléments, circulent quelques travées

scéléreuses, assez denses autour des nodules caséifiés, autour des bronches et des vaisseaux ; ces travées scéléreuses enclavent, en plusieurs points, quelques alvéoles de type fœtal.

2° LOBE SUPÉRIEUR DROIT. — *Caverne*. — Il s'agit d'une caverne irrégulière, à parois denses, parsemée de nombreux follicules tuberculeux, souvent de type fibreux. Les travées scéléreuses irradient autour de cette caverne dans le parenchyme voisin dont les lésions sont les mêmes que sur le fragment précédent. La plèvre de la grande cavité qui apparaît sur la préparation est très épaissie, richement vascularisée, et contient un follicule tuberculeux typique.

3° LOBE INFÉRIEUR DROIT. — Le fragment prélevé est centré par un nodule caséifié, formé de débris cellulaires infiltrés de sels calcaires. Au voisinage de ces lésions, une grosse bronche est envahie par le processus caséeux. A quelque distance, de nombreux nodules folliculaires, caséifiés en leur centre et plus ou moins fibreux occupent le reste du fragment.

4° POU MON GAUCHE. — Les nodules durs, notés dans l'extrême sommet, à l'examen de la pièce fraîche, sont de type fibreux on n'y reconnaît plus aucun groupement cellulaire spécifique, mais seulement quelques vestiges alvéolaires et des granulations d'antracose. Il s'agit, de toute évidence, de vestiges fibreux de lésions tuberculeuses anciennes. A leur voisinage, plusieurs bronches contiennent un magma lymphocytaire et s'entourent de quelques alvéoles splénisés.

Dans l'ensemble, l'étude de ces fragments montre que

les lésions de la lobite supérieure droite sont, ici encore, polymorphes : l'alvéolite tuberculeuse y tient une grande place, les lésions folliculaires n'apparaissent qu'à la périphérie de quelques nodules caséux de petite taille ou dans la paroi fibreuse des cavernes volumineuses.

La sclérose, plus marquée que dans le cas précédent, se limite cependant au voisinage des cavernes. Les lésions du lobe inférieur sont constituées par des nodules conglomérés évoluant vers la caséification ; celles du poumon gauche se résument à la présence de quelques nodules tuberculeux guéris par sclérose.

C. — **Etude d'une lobite supérieure droite à évolution rapide**

L'exposé de l'observation qui fait l'objet de cette étude est particulièrement intéressant parce qu'il permet de suivre, par des examens radiologiques successifs un des modes de constitution de la lobite supérieure droite.

Obs. LXXXIV. — Y... Marc, 24 ans, ajusteur, se présente au dispensaire Léon-Bourgeois, le 17 octobre 1931 parce qu'il ressent un point douloureux du côté droit.

Antécédents : En juin 1931 il dit avoir eu une bronchite (?) à la suite de laquelle il part au sanatorium de Grini (S.-et-O.) où il reste 4 mois.

Le 1^{er} août, il a une hémoptysie qu'il évalue à un demi-litre de sang pur.

Interrogatoire : Ne tousse pas, ne crache pas. Apyrétique. Pas de sueurs nocturnes. Il est très enrôlé. Poids stationnaire.

Examen stéthacoustique : Respiration légèrement soufflante à droite, sans bruits adventices ; normale à gauche.

Examen radiologique : Champ pulmonaire droit : à un travers de doigt sous la clavicule, on trouve une tache d'aspect flou, de la largeur d'une pièce de cinquante centimes. A l'union du tiers supé-

rieur et du tiers moyen, on voit une ligne d'ombre très fine de nature vraisemblablement scissurale, dirigée de haut en bas et de dehors en dedans, visible seulement à la partie médiane du champ pulmonaire.

Champ pulmonaire gauche normal.

Le 26 octobre, à la demande du malade, on fait faire un cliché sur lequel on note :

Examen radiographique : Champ pulmonaire droit : semis de taches confluentes au niveau de la tête de la deuxième côte, où elles forment une masse de la dimension d'une grosse cerise. A l'union du tiers supérieur et du tiers moyen, même ligne d'ombre que précédemment.

Champ pulmonaire gauche normal.

Au début de novembre, le malade commence à tousser et le 23 novembre, il fait brusquement une hémoptysie abondante qui dure 4 jours.

Au dispensaire Léon-Bourgeois, on trouve alors :

Examen stéthacoustique : Poumon droit : respiration soufflante avec râles bulleux sous la clavicule. Frottements à la base. |

Poumon gauche : Frottements à la base.

Examen radiologique : Champ pulmonaire droit : semis de taches occupant le tiers supérieur. Ligne d'ombre dense partant de la partie supérieure du hile et aboutissant à 3 cm. au-dessous de l'extrémité externe de la clavicule.

L'admission à l'hôpital est alors décidée et le malade entre salle Brissaud le 26 décembre 1931. Il a maigri de 6 kg. en 3 mois, sa température oscille entre 37°.5 et 38°.3. Il est très fatigué, tousse et crache abondamment. Bacilloscopie positive. Laryngite tuberculeuse confirmée.

Examen stéthacoustique : Poumon droit : submatité du sommet. Souffle aux deux temps de la respiration dans le tiers supérieur. Râles bulleux, en avant, au-dessus et au-dessous de la clavicule, et, en arrière, dans les fosses sus et sous-épineuses. Pectoriloque aphone.

Poumon gauche : Frottements à la base.

Examen radiologique : Champ pulmonaire droit : Plage d'ombre non homogène avec multiples géodes, occupant le tiers supérieur et présentant une limite inférieure scissurale nette. Aspect en mie de pain au-dessus de cette limite.

Champ pulmonaire gauche : Exagération des arborescences hilaires.

Un pneumothorax est institué, à droite, le 1^{er} janvier 1932. Le décollement est relativement bon ; mais deux adhérences relient le lobe supérieur à la paroi et maintiennent béantes deux cavités,

Une section des brides est pratiquée le 11 mars 1932, mais l'air insufflé s'extériorise sous l'action des efforts de toux en provoquant l'emphysème sous-cutané. Le poumon se recolle à la paroi en moins de 18 heures. On institue le traitement par la crisalbine en injections intraveineuses de 0 gr. 25 par semaine,

Le 3 avril, le malade, très amaigri, tousse et crache constamment, sa température atteint 39°.

Examen stéthostatique : Poumon droit : râles bulleux dans le tiers supérieur. Poumon gauche. Respiration soufflante avec râles bulleux sur toute la hauteur de la région paravertébrale.

Examen radiologique : Champ pulmonaire droit : Image de pneumothorax insuffisant. Dans le moignon pulmonaire, persistance de l'image de lobite supérieure. Taches disséminées entre le hile et la paroi.

Champ pulmonaire gauche : Faisceau d'images « en grains de semoule » irradiés du hile vers la paroi.

Le 12 avril le malade a une hémoptysie et continue les jours suivants à expectorer des crachats sanglants.

De plus en plus faible, il meurt le 12 avril 1932. L'autopsie est pratiquée 24 heures plus tard.

EXAMEN ANATOMIQUE MACROSCOPIQUE.

Examen extérieur. — Il n'y a pas de liquide dans les cavités pleurales. Le poumon droit est recouvert d'une plèvre épaissie de teinte grisâtre, moins transparente que normalement. Les scissures interlobaires sont masquées par l'accroissement des deux feuillets pleuraux épaissis, qu'il faut sectionner aux ciseaux pour découvrir l'interlobe. Il existe des adhérences peu serrées en regard du bord externe du lobe inférieur ; et, en arrière, tout le long du rachis où le décollement est difficile. De plus, sur le bord externe du lobe supérieur, à peu près à la partie moyenne se trouve une bride de

l'épaisseur d'un doigt environ, obliquement ascendante en haut et en dehors. On ne note pas de cicatrice de la bride sectionnée. Le poumon gauche ne présente extérieurement aucune anomalie.

Après section de la trachée et ablation, en un bloc, de tout le paquet thoracique, on voit, en avant de l'œsophage, sous la bifurcation trachéale, une série de ganglions lymphatiques, nettement plus abondants, à droite qu'à gauche, et de grosseur supérieure à celle d'une noisette. A la coupe, il ne s'agit pas de ganglions caséifiés en bloc comme on en rencontre chez l'enfant, mais de ganglions mous au toucher. Le cœur et les gros vaisseaux sont normaux.

Examen en profondeur. — La section des poumons, faite de dehors en dedans, suivant plusieurs plans frontaux, montre la prédominance nette des lésions au lobe supérieur, celui-ci est creusé de plusieurs cavernes, dont l'une, de la taille d'un gros marron, est située dans l'extrême sommet. Au-dessous et en dehors de cette caverne, on en trouve une deuxième, moins volumineuse dont le bord externe répond au point d'insertion de la bride et dont le bord inférieur n'est séparé de l'interlobe que par des coques de 3 ou 4 millimètres. Ces deux cavernes occupent un plan postérieur et sont à peine visibles sur le plus antérieur des plans de coupe. Il existe, en outre, une caverne plus petite, de la taille d'une noisette environ, située exactement sur la scissure interlobaire et qui contient un volumineux caillot sanguin. En dehors d'elle, la scissure est visible mais symphysée, en dedans d'elle, le trajet scissural

n'est plus perceptible. Les trois cavernes, très volumineuses, ne laissent subsister entre elles qu'une petite étendue de parenchyme pulmonaire ; celui-ci est de teinte grisâtre, anthracosique, les bords des cavernes sont fibreux, la consistance de ce parenchyme est plus ferme que normalement ; il n'existe pas de granulations.

Le lobe moyen est dans l'ensemble souple et de teinte normale, on n'y voit que quelques rares granulations dans sa partie externe et un volumineux amas de tubercules conglomérés dans la partie inféro-interne. Le lobe inférieur est de teinte plus sombre et parsemé, de manière diffuse, par des granulations typiques, translucides, saillantes sous le doigt, souvent groupées en corymbe ; il est, de plus, tout à fait en arrière, creusé d'une caverne volumineuse à bords déchiquetés.

Le poumon gauche présente un essaimage granulique analogue à celui que nous avons décrit dans le lobe inférieur du poumon droit. Dans le parenchyme pulmonaire, le long des ramifications bronchiques, il existe plusieurs ganglions anthracosiques partiellement caséifiés, et, dans la région hilaire, quelques nodules également caséifiés mais de très petite taille. La plèvre gauche est normale.

EXAMEN HISTOLOGIQUE.

Les lésions ont été étudiées microscopiquement, pour le lobe supérieur droit, au niveau d'une caverne volumineuse empiétant sur la scissure et au niveau du bord externe du poumon dans la partie sus-scissurale,

pour le lobe inférieur, dans la partie toute interne de la base. Enfin, un fragment du poumon gauche a été prélevé dans la région périhilaire.



FIG. 2. — Obs. LXXXIV. — Coupe schématique du poumon droit.
1 et 2. Fragments prélevés pour les examens histologiques

Sur les fragments du lobe supérieur droit, les lésions sont très voisines de celles du cas précédent : plusieurs plages étendues d'alvéolite tuberculeuse plus

ou moins caséifiée, sont en voie d'élimination en leur centre ; quelques flots de parenchyme non splénisé sont ponctués de granulations de taille variable au niveau desquelles la réaction folliculaire est très pauvre. La volumineuse caverne creusée sur la scissure est entourée d'une réaction scléreuse qui aboutit à la symphyse des deux feuillets pleuraux. C'est, en somme, le même polymorphisme, la même prédominance des lésions de type pneumonique, à tous les degrés de leur évolution, sur les lésions folliculaires, la même intensité, très réduite, de la sclérose que nous avons observés dans les cas précédents.

Les lésions du lobe inférieur droit ont sensiblement les mêmes caractères : autour d'une zone d'alvéolite caséuse on trouve quelques granulations qui sont plus souvent de type folliculaire que celles du lobe supérieur. Le poumon gauche, dans le fragment prélevé, présente seulement un semis de granulations du type folliculaire.

Les divers viscères abdominaux n'ont montré que des lésions congestives ou dégénératives banales ; le rein, légèrement scléreux au niveau de la corticale, ne contenait pas de granulations auriques décelables par le chlorure d'étain (les doses administrées avaient, du reste, été minimales).

D. — Conclusions anatomo-pathologiques

De l'identité presque absolue des lésions anatomiques, malgré l'histoire clinique essentiellement variable,

dans les différents cas que nous avons étudiés, résultent les conclusions suivantes :

A l'examen macroscopique les lésions de la lobite supérieure droite se caractérisent par leur tendance à l'excavation, et, dans les zones non excavées par leur confluence ; le lobe supérieur, tout entier, est grisâtre. Les lésions qui existent dans les lobes voisins, sont, par contre, nodulaires.

A l'examen microscopique le polymorphisme des lésions est manifeste. Dans les zones non excavées, on est frappé par l'importance des lésions pneumoniques (type exsudatif des auteurs allemands) qui apparaissent à tous leurs stades et réalisent, parfois même, l'aspect classique de la pneumonie caséuse. Par contre, les lésions de type folliculaire (réaction productive des auteurs allemands) se limitent en quelques points : parfois des cavernes, périphérie des nodules caséifiés confluents, zones fibreuses. La sclérose ne nous paraît pas un fait dominant : de vastes plages d'alvéolite en voie de caséification en sont dépourvues, ainsi que de volumineux nodules caséeux, confluents, à centre excavé. Elle appartient aux zones péricavitaires d'où elle irradie autour des vaisseaux et des bronches ; elle épaissit, par places, les feuillets pleuraux ; elle encercle quelques alvéoles de type fœtal, mais, dans chacun des cas que nous avons étudiés, elle est partielle et peu intense. L'examen histologique des parois cavitaires ne mérite pas qu'on s'y arrête.

La scissure interlobaire, scléreuse et détruite par une caverne dans la dernière étude, apparaît à peu près

intacte dans la première où elle est suivie dans toute son étendue ; seuls, un léger degré de sclérose et l'infiltration de quelques lymphocytes manifestent son atteinte, et, si les lésions caséuses la côtoient, en un point de très près, on ne peut nullement constater, comme le pensait BÉTHOUX, que ce soit l'importance de la réaction fibreuse pleurale qui constitue « une barrière d'arrêt ». Rien ne permet non plus de croire au rapport indiqué par BÉTHOUX entre la lobite supérieure droite et des lésions anciennes remontant très loin dans le passé pathologique des sujets, car nous n'avons jamais trouvé, au cours de nos recherches, les vestiges de lésions de ce genre.

En résumé, il n'existe aucune formation anatomo-pathologique propre à la localisation ; la sclérose n'y occupe qu'une place restreinte : la lobite supérieure droite est constituée par un ensemble de lésions polymorphes où domine la bronchio-alvéolite qu'on peut rencontrer à tous ses stades.

CHAPITRE VIII

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

A. — Étiologie

Toutes les causes qui prédisposent à la constitution de la lobite supérieure droite prédisposent plus généralement à la tuberculose pulmonaire. Nous nous bornerons donc à rechercher s'il n'existe pas dans l'histoire clinique des individus, objets de nos observations, des causes déterminantes de la localisation particulière que nous étudions.

FRÉQUENCE.

M. BÉTHOUX faisant porter ses observations sur tous les malades hospitalisés dans le service du P^r LÉON BERNARD, à l'hôpital Laënnec, concluait pour les lobites supérieures à une proportion de 2 %. Comme il estimait, d'autre part, qu'il y avait 87 lobites supérieures droites pour 13 lobites supérieures gauches, cela réduisait à 1,74 % la proportion des lobites supérieures droites. Dans le même service, Mlle DE CURSAY, faisant une sta-

tistique sur 1400 cas de tuberculose pulmonaire trouvait une fréquence de 4 % de lobites supérieures avec proportion de 90 % de lobites supérieures droites et 10 % de lobites supérieures gauches soit donc 3,6 % de lobites supérieures droites.

Le mode de recrutement de nos observations ne nous permet pas de donner une statistique de fréquence car toutes celles que nous avons recueillies ne proviennent pas de l'hôpital Laënnec, mais il nous semble que les proportions que nous venons de donner, encore qu'elles varient du simple au double avec les auteurs, sont inférieures à la réalité. Si l'on ne rencontre pas plus fréquemment des lobites supérieures droites, c'est parce qu'on ne les cherche pas systématiquement, mais on en trouverait une plus grande proportion si l'on recherchait régulièrement leur image radiologique. Nous n'en voulons pour preuve que la statistique réduite que nous avons pu établir lors de notre séjour aux sanatoriums de Villiers-sur-Marne, où, dans le seul pavillon n° 2, sur 200 malades tout venants, nous rencontrâmes 16 cas de lobite supérieure droite, soit 8 %. M. RIST a insisté sur la fréquence de la localisation lobaire du début de la tuberculose pulmonaire ; souvent cette localisation lobaire est une lobite supérieure droite.

SEXE.

La lobite supérieure droite est beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Nous constatons ce fait sans pouvoir en trouver la raison. Si l'on admet avec GESTI que la tuberculose pulmonaire commence plus souvent par le sommet droit parce que c'est

le point de l'appareil pulmonaire qui, par sa situation anatomique est le plus mal aéré, on pourra ajouter que chez la femme, la jeune fille en particulier, le thorax grêle et « longiligne » (MAINGOT) abrite un sommet particulièrement éloigné du diaphragme, par suite aéré d'une façon très déficitaire, mais cette observation ne vaut que pour expliquer la localisation du sommet ; elle n'explique pas la forme lobitique.

Sur 124 cas de lobite supérieure droite que nous avons observés nous avons compté 56 hommes et 68 femmes ; mais si nous faisons abstraction des 19 cas que nous avons rencontrés aux sanatoriums de Villiers-sur-Marne, où nous ne pouvions avoir que des hommes puisque cet établissement est réservé au sexe masculin, il nous reste 105 observations représentant 37 hommes (soit 35,2 %) et 68 femmes (64,7 %). Nos pourcentages sont très voisins de ceux de BÉTHOUX qui trouvait 38 % d'hommes et 62 % de femmes. Avec Mlle de CURSAY la différence entre la proportion de chaque sexe est encore plus accentuée : 26 hommes et 54 femmes pour 80 observations. Précisons toutefois que ces deux auteurs ont fait porter leurs chiffres sur les lobites supérieures droites et gauches tandis que les nôtres n'intéressent que la lobite supérieure droite.

AGE.

L'âge semble avoir une importance considérable sur la fréquence de la lobite : elle a son maximum entre 20 et 25 ans ; encore fréquente entre 25 et 30 ans elle l'est beaucoup moins après 35 ans et avant 20 ans.

Les 124 cas de lobite supérieure droite que nous avons étudiés se trouvent, au point de vue de l'âge, répartis de la façon suivante :

Avant 20 ans.....	22 cas, soit 17,7 %	} Soit 53,1 % avant 25 ans
De 20 à 25 ans.....	44 cas, soit 35,4 %	
De 25 à 35 ans.....	32 cas, soit 25,8 %	
Au-dessus de 35 ans....	26 cas, soit 20,9 %	

Comparant ces chiffres avec ceux publiés pour les lobites supérieures par les auteurs déjà cités nous sommes d'accord, quant à la proportion des lobites avant 25 ans, avec BÉTHOUX qui donne 53 % et avec Mlle DE CURSAY qui donne 51 %. Au dessus de 35 ans notre proportion est assez voisine de celle de Mlle DE CURSAY (17,5 %) et est difficilement comparable à celle de BÉTHOUX qui n'établit qu'une seule catégorie pour les malades au-dessus de 30 ans (48 %).

Nous pouvons résumer nos observations dans le tableau ci-dessous :

	Avant 20 ans	De 20 à 25 ans	De 25 à 35 ans	Au-dessus de 35 ans	Totaux
<i>Hommes</i>	10	17	12	17	56
<i>Femmes</i>	12	27	20	9	68

Ceci nous montre qu'il y a majorité de lobites supérieures droites de 20 à 35 ans et que jusqu'à 35 ans, il y a plus de femmes que d'hommes atteints, tandis qu'au-dessus de 35 ans il y a plus d'hommes que de femmes. Mais ces conclusions ne sont-elles pas valables pour toutes les localisations de tuberculose pulmonaire ?

RÔLE DU TERRAIN.

Nous avons déjà vu quel rôle important attribuait L. BÉTHOUX au terrain dans la constitution de la lobite. Pour lui, cette localisation n'évoluerait que sur un terrain déjà depuis longtemps tuberculeux. Alors que la localisation périhilaire est l'apanage des lésions jeunes (LÉON BERNARD, RIST et MAINGOT) la lobite, d'après BÉTHOUX, « ne se rencontrerait que chez des malades où le début remonte très loin, échappe presque à l'observation, dont toute l'existence a été entrecoupée d'incidents qui marquent l'origine très ancienne des lésions ». Ayant toujours considéré la lobite comme une lésion fibreuse à évolution spontanée vers la sclérose, il était naturel qu'il invoquât pour sa constitution un terrain particulièrement résistant et qui en quelque sorte, vacciné par les infections très faibles mais répétées auxquelles il est soumis, se défend en créant du tissu de sclérose ; de là l'importance attribuée à tout ce qui facilite le processus scléreux et, plus particulièrement, à la syphilis.

Disons tout de suite que, si dans nos observations nous avons rencontré des malades présentant un Wassermann positif, nous n'avons jamais hésité sur la nature de la lésion dont ils étaient porteurs, tous ayant eu à un moment quelconque de leur histoire pathologique au moins une bacilloscopie positive.

Nous considérons d'ailleurs le problème sous un angle tout à fait différent et nous pensons que si une lobite se déclare chez un syphilitique elle aura des tendances à évoluer vers la sclérose, mais toutes les lobites

n'évoluent pas vers la guérison fibreuse et si la syphilis joue un rôle dans l'évolution de la lobite elle ne semble pas influencer sur sa constitution.

Nous ne partageons pas, non plus, avec BÉTHOUX la conception de l'existence constante d'antécédents tuberculeux car sur 124 malades que nous avons observés 69 ne présentaient absolument aucun antécédent. Ainsi donc 55 %, c'est à dire plus de la moitié, n'avaient jamais été atteints de tuberculose pulmonaire ou extra-pulmonaire et cette proportion est d'autant plus importante que nous avons rigoureusement banni de notre statistique tous les malades ayant eu dans leur passé une affection telle que : bronchite, pleurésie, pleurite, broncho-pneumonie, congestion, que BURNAND, SAVY, ORSAT considèrent comme représentant, le plus souvent, l'épisode initial de la tuberculose pulmonaire. Mais si nous avons recherché les malades ayant un « long passé de tuberculose pulmonaire » nous n'en aurions trouvé qu'un nombre infime. Et ceci nous semble logique : les sujets qui font des formes de tuberculose lentes et faiblement évolutives, ceux qui sont particulièrement destinés pour faire des formes fibreuses, font le plus souvent des lésions bilatérales, symétriques, et pour créer une lésion aussi étendue qu'une lobite il faut que l'organisme se défende mal au cours d'une période d'anergie. La conception du terrain prédisposé à la sclérose peut expliquer la constitution d'une lésion fibreuse, elle n'explique pas la formation d'une lésion spéciale et localisée comme la lobite supérieure droite,

B. — Pathogénie

« La pathogénie et le mécanisme de formation de la lobite supérieure droite constituent, disait M. LÉON BERNARD en 1929, une partie du vaste problème des localisations de la tuberculose qui fait l'objet de tant d'études actuellement, tant en France qu'en Allemagne ». C'en est peut-être la partie la plus délicate.

Existe-t-il une pathogénie spéciale de la lobite supérieure droite ? ou bien cette localisation particulière admet-elle le même mécanisme pathogénique que les autres localisations de tuberculose pulmonaire ?

Il est démontré, aujourd'hui, que la tuberculose de l'adulte n'est le plus souvent que la reviviscence d'une primo-infection de l'enfance qui a disparu en tant que maladie, laissant sur le poumon des traces plus ou moins décelables à l'écran ; c'est l'« état séquelle » décrit par notre Maître, le Pr LÉON BERNARD. C'est dans les ganglions hilaires et périhilaires, c'est dans les lymphatiques qui partent de ces ganglions, que demeurent les bacilles ; et c'est de là qu'ils partiront en irradiant vers la « région intercléido hilaire » (L. BERNARD) pour constituer l'infiltration précoce sous-claviculaire d'ASSMANN et des auteurs allemands, première localisation de la tuberculose de réinfection, tuberculose de l'adulte.

M. LÉON BERNARD fait remarquer qu'on ne rencontre jamais d'état séquelle affectant la topographie de la lobite supérieure droite, et il se demande si l'on doit en conclure que les lobites relèvent d'une pathogénie spé-

cial. Les examens chaque jour plus fréquents des dispensaires, la multiplicité des examens préventifs permettront sans doute l'établissement d'observations plus complètes, mais les malades que nous avons observés présentaient presque tous, au moment de notre examen, une lobite entièrement constituée. Dans un cas nous avons pu suivre la constitution de la lésion lobitique et nous avons vu (obs. LXXXIV) une tuberculose banale, représentée par une tache de la région intercléido-hilaire, irradiant sur des tractus fibreux dont la plupart partaient du hile, s'étendre, en quelques semaines, à la totalité du lobe supérieur droit pendant que la scissure interlobaire, d'abord extériorisée sur l'écran par une ligne mince et incomplète, s'épaississait et s'allongeait pour venir former la limite inférieure de l'envahissement lobaire.

Nous sommes donc parfaitement en droit de dire que la lobite obéit à la règle générale de la pathogénie des lésions tuberculeuses et qu'elle constitue sous l'action d'un processus morbide particulièrement intense l'extension à tout le lobe supérieur de lésions développées rapidement à partir d'un état séquelle de la région intercléido-hilaire.

RÔLE DE LA SCISSURE. ~

Quand on examine une image radiologique de lobite supérieure droite, la caractéristique qui s'impose plus particulièrement à l'esprit est la limite inférieure scissurale, dont la netteté dans les positions hautes de l'ampoule semble un obstacle à l'extension, vers le bas, des

lésions tuberculeuses. D'où l'importance attribuée par tous les auteurs au rôle de la scissure.

Les premiers observateurs pensaient avec BÉTHOUX qu'il existait une symphyse préalable des deux feuillets scissuraux et que la barrière scléreuse constituée par cet accollement représentait l'obstacle que la lésion ne pouvait franchir, « véritable barrière d'arrêt qui pousse en haut dans le lobe supérieur des processus fibreux qui protègent en bas le lobe inférieur ». Mais les études de M. SERGENT et de ses élèves, les recherches ultérieures de M. LÉON BERNARD, montrèrent qu'il peut parfaitement exister des lobites, répondant aux définitions anatomo-pathologiques et aux conceptions radiologiques que nous avons exposées, et dans lesquelles l'espace interlobaire est parfaitement libre. C'est particulièrement lors de la constitution d'un pneumothorax thérapeutique que l'on peut se rendre compte de ce phénomène : l'air qui pénètre dans la grande cavité pleurale s'insinue aussi entre les deux feuillets de la plèvre interlobaire, et apparaît, à l'écran, comme un triangle clair à sommet hilair et à base pariétale entre les deux masses, plus sombres, que constituent le lobe supérieur et le lobe moyen dissociés. On peut d'ailleurs vérifier l'indépendance de l'interlobe lors des examens nécropsiques, bien qu'il s'agisse là de lobites le plus souvent anciennes qui ont pu mettre en œuvre tous les moyens de défense de l'organisme. Sur les trois pièces que nous avons examinées nous avons trouvé deux fois la scissure libre. Ce n'est donc pas dans la symphyse interlobaire qu'il faut chercher la cause de la limitation des

lésions. Or, nous n'avons trouvé nulle part une explication du rôle de la scissure, bien que tous les auteurs aient insisté sur ce rôle. Il ne s'agit que d'un cas particulier de la « loi de limitation lobaire » de MM. RIST et AMÉVILLE.

Cependant, M. LEON BERNARD, placé dans des conditions d'observation particulièrement favorables puisqu'il s'agissait d'une infirmière de son service, a pu suivre tout le mécanisme de la constitution d'une lobite supérieure droite. Il a vu se développer d'abord une scissurite et l'obscurité lobaire toujours étendue s'accroître progressivement à partir de la scissure pour envahir la totalité du lobe.

Ce mécanisme est-il celui qui préside à la constitution de toutes les lobites supérieures droites ? Assurément non puisque nous avons pu nous-même suivre, sur des clichés rapprochés et toujours pris dans la même position, la constitution d'une lobite supérieure droite, et nous avons vu (obs. LXXXIV) une scissurite à peine perceptible au début devenir la limite inférieure d'une plage d'ombre résultant de la propagation d'une tache éloignée de la scissure, et développée sur des tractus probablement anciens de la région inter-cléido-hilaire.

Il existe donc différents mécanismes de constitution de la lobite supérieure droite. Peut-être d'ailleurs ces différents mécanismes correspondent-ils à des conditions pathogéniques différentes ? Nous croyons en effet que l'observation rapportée par notre Maître est le fait d'une infection exogène d'autant plus explicable qu'il s'agissait d'une infirmière vivant dans un service de

tuberculeux, tandis que celle que nous exposons serait due à une tuberculose de réinfection endogène, chez un individu vivant en milieu indemne.

RÔLE DES LYMPHATIQUES.

Nous pensons que l'on n'a pas suffisamment insisté sur le rôle des lymphatiques dans la constitution de la lobite. Certes nous connaissons les tuberculoses d'origine bronchique et le rôle des bronches dans la propagation des lésions, les « embolies bronchiques » de SABOURIN, mais nous croyons que seule la propagation lymphatique peut expliquer l'envahissement lobaire total et la localisation au moins momentanée au lobe supérieur droit. C'est qu'en effet, ce n'est guère que depuis les travaux de M. ROUVIÈRE qu'on connaît la topographie et le rôle des lymphatiques du poumon.

Most d'abord, puis HOVELACQUE ne pensaient pas que les lobes pulmonaires pussent être indépendants et constituer des territoires lymphatiques distincts. Cependant STEINERT s'élevait contre cette conception et BEITZKE pensait que la lymphe des lobes supérieurs s'écoulait à droite dans les ganglions trachéo-bronchiques et à gauche dans les ganglions de l'aorte et du canal artériel.

Mais c'est à M. ROUVIÈRE que l'on doit la description précise de la topographie lymphatique pulmonaire. Il a démontré l'indépendance des réseaux lymphatiques de chaque lobe et leur communication seulement possible au moyen des ganglions aortiques. En ce qui concerne le lobe supérieur droit, qui seul ici nous intéresse, il le

divise en deux régions, l'une antéro-interne, l'autre postéro-externe.

Dans la région antéro-interne la lymphe est amenée par les vaisseaux supérieurs et antérieurs qui aboutissent aux ganglions latéro-trachéaux formant une chaîne. Plus particulièrement, ces vaisseaux lymphatiques drainent leur contenu vers le gros ganglion de la crosse de l'azygos. Ces vaisseaux antérieurs et supérieurs se divisent en deux catégories : les vaisseaux directs et les vaisseaux indirects ; ces derniers sont interrompus en cours de route par des ganglions qui appartiennent au pédicule pulmonaire. De la région postéro-externe, les lymphatiques aboutissent aux ganglions intertrachéo-bronchiques et à la chaîne latéro-trachéale.

D'un point de vue purement topographique, il faut distinguer dans le lobe supérieur droit trois réseaux lymphatiques principaux : le premier, en allant de bas en haut, est le plus important ; il longe la scissure et lui est sensiblement parallèle ; le second, d'importance moyenne, collecte la lymphe de la moitié supérieure et aboutit aux ganglions interlobaires ; le troisième est d'importance beaucoup moindre et draine la lymphe de l'apex vers les ganglions latéro-trachéaux droits et, quelquefois, les ganglions de la bifurcation.

Cette topographie est particulièrement intéressante parce qu'elle peut être rapprochée de l'image radiologique de la lobite supérieure droite telle que nous l'avons décrite : à la zone d'ombre intense de la région sus-scissurale correspond un réseau lymphatique très riche ; à

la zone d'ombre peu dense du sommet correspond un réseau lymphatique pauvre.

Cependant, normalement, le cours de la lymphe est commandé par le jeu des valvules et se fait de la périphérie vers le centre, c'est à-dire vers les ganglions médiastinaux. Comment dans ce cas expliquer la propagation par voie lymphatique de l'infection tuberculeuse ?

C'est que, lorsqu'un organisme est atteint de tuberculose, la progression de la lymphe peut se faire dans une direction opposée à la direction normale : ce renversement de la direction est dû, probablement, à la dilatation des ganglions lymphatiques qui provoquent un obstacle. GABRIELLE, en ligaturant des lymphatiques de chien, a pu confirmer les expériences de COLLIN et prouver que l'arrêt de la circulation lymphatique provoque une dilatation considérable des collecteurs au-dessus de cet obstacle. Or, M. ROUVIÈRE a prouvé, par ses expériences, que les ganglions hypertrophiés agissent comme un obstacle : l'adénite tuberculeuse, première manifestation de l'infection, pourra donc agir comme un obstacle et provoquer en amont la dilatation des lymphatiques qui permettra aux germes pathogènes d'utiliser le cours de la lymphe en une direction inverse de sa direction normale pour étendre la lésion loin du foyer initial.

Il est vrai que les ganglions diminuent au fur et à mesure que le sujet vieillit, mais il résulte des travaux de M. ROUVIÈRE qu'on trouve à l'autopsie de sujets adultes, morts de tuberculose pulmonaire, des ganglions lymphatiques, dans les groupes atteints, en nombre

bien supérieur à ceux des sujets normaux de même âge ; il pense que l'involution ganglionnaire n'est jamais complète : « les ganglions diminuent de volume, dit-il, mais ils ne disparaissent pas ; ce qu'il en reste est toujours susceptible de reprendre un grand développement ».

Ces considérations expliquent le rôle prépondérant des lymphatiques dans la constitution de la lobite supérieure droite ; elles montrent comment le processus pathologique peut envahir tout le lobe tout en restant longtemps localisé. C'est qu'en effet, contrairement à la conception d'HOVELACQUE, il n'existe pas de communication des lymphatiques au travers de la plèvre interlobaire et si, en empruntant la voie lymphatique, la lésion primitive a pu se diffuser rapidement à tout un lobe, elle y reste néanmoins longtemps localisée.

Cependant, si la collapsothérapie n'intervient pas rapidement pour enrayer l'extension du processus morbide la lésion va s'étendre, et, le plus souvent encore, en utilisant la voie lymphatique : l'atteinte du lobe moyen ne se fera pas à travers l'interlobe et presque toujours l'espace immédiatement sous-scissural sera sain ; les lésions d'extension ne se produiront que plus bas au niveau d'un réseau lymphatique des lobes sous-jacents, ou dans la région péri-hilaire opposée.

Entre les deux lobes il n'y a pas de communication directe : avant d'atteindre le lobe moyen le processus métastatique a dû gagner, de proche en proche, les ganglions médiastinaux dont l'hypertrophie pathologique a permis la progression de la lymphe en sens rétrograde au travers du lobe sous-jacent.

Et cette conception du rôle primordial des lymphatiques nous explique encore pourquoi l'extension des lésions se fait plus souvent sous forme de bilatéralisation dans la région périhilaire gauche que sous forme de propagation descendante aux lobes inférieurs droits.

La topographie lymphatique commande la topographie de l'extension des lobites et justifie l'aphorisme de SERGENT : « Chaque lobe pulmonaire est un petit poumon ».

CHAPITRE IX

LOBITE SUPÉRIEURE DROITE SECONDAIRE A D'AUTRES LOCALISATIONS PULMONAIRES

Nous n'avons envisagé jusqu'ici la lobite supérieure droite que comme une manifestation primitive de la tuberculose pulmonaire de l'adulte ; mais elle peut aussi en constituer une localisation secondaire.

L'envahissement massif de tout le lobe supérieur ne se fait que rarement en un seul temps ; il est, le plus souvent, dû à des poussées successives, et, à ce titre, presque toutes les lobites supérieures droites pourraient être considérées comme secondaires. Ce n'est pas ce que nous voulons envisager ici.

Mais il existe des lobites qui se sont constituées par extension d'une lésion pulmonaire primitive située ailleurs que dans le lobe supérieur droit ; ce sont elles seulement que nous considérons comme secondaires.

La lobite supérieure droite, issue de la propagation des lobes sous-jacents ne se rencontre que très rarement. En cela, d'ailleurs, elle se conforme à la loi géné-

rale qui fait de la tuberculose de l'adulte le résultat d'une lésion d'abord située dans la région inter-cléidohilaire et irradiant, de préférence, vers la partie supérieure du poumon. Dans la seule observation qui nous ait permis de suivre ce phénomène de constitution secondaire homolatérale d'une lobite supérieure droite (obs. XXXII), la lésion primitive était formée par une tache à contours flous mais de petit diamètre et située dans la région parahilaire. Cette lobite était d'allure nettement pneumonique et, traitée par pneumothorax artificiel, elle s'améliora rapidement. Les deux localisations furent d'ailleurs constatées à deux semaines d'intervalle et il est permis de penser qu'elles étaient le résultat d'un même processus dont le développement supérieur devait prendre une importance beaucoup plus grande.

La lobite supérieure droite évoluant consécutivement à des lésions déjà existantes des lobes inférieurs demeure une forme unilatérale de tuberculose pulmonaire qui doit être traitée comme telle, et l'évolution ultérieure ainsi que la thérapeutique semblent justifier tout ce que nous avons dit ou dirons à propos de la lobite supérieure droite primitive associée à des lésions homolatérales.

Plus particulière est sans doute la lobite supérieure droite secondaire à des lésions primitives du poumon gauche. Elle se rencontre assez rarement et nous n'avons pu en réunir que cinq cas, trois femmes et deux hommes dont l'histoire pathologique présente cette particularité commune que les lésions primitives du pou-

mon gauche avaient été traitées par pneumothorax artificiel parfaitement efficace.

Doit-on en conclure que la lobite secondaire s'est développée sous l'influence d'une surinfection exogène ?

Rien ne nous permet, dans l'histoire des malades, d'affirmer cette étiologie. Nous pensons plutôt que comme nous l'avons l'exposé, la propagation par voie lymphatique joue un rôle très important dans la genèse de la lésion qui donne, aux rayons X, l'image lobitique. Les bacilles restés dans les ganglions médiastinaux au moment de la constitution des lésions du poumon gauche ont gagné, de proche en proche, les ganglions latéro-trachéaux droits, et, à la faveur d'une défaillance de la résistance de l'organisme, ont envahi, par les lymphatiques, le lobe supérieur correspondant et déterminé une poussée pneumonique.

Dans les cinq cas, en effet, la bilatéralisation s'est accompagnée d'une manifestation aiguë avec température dépassant 39° le soir et donnant, jusqu'à la mort, une courbe de type hectique, sauf chez une malade où une amélioration nette a pu être notée ; la fièvre est alors devenue plus régulière, en demeurant, cependant, voisine de 38° le soir ; une expectoration riche en bacilles restant le témoignage d'une lésion toujours en activité malgré les modifications radiologiques, plus appréciables d'ailleurs que la diminution des signes d'auscultation.

Dans les cinq cas aussi, la plage d'ombre de bilatéralisation présentait un aspect non homogène avec multiples cavités ; une seule fois la caséification n'avait dé-

terminé qu'un aspect en mie de pain. Il s'agissait d'un malade dont le pneumothorax gauche avait été abandonné par symphyse un an avant l'apparition du développement symétrique.

L'observation que nous allons exposer nous permettra une étude plus complète de la lobite supérieure droite secondaire.

Obs. CXXV. — B... Yvonne, 31 ans, comptable entre salle Dieulafoy, le 22 mai 1931, parce que, depuis une bronchite (?) survenue un mois plus tôt, elle continue à tousser. C'est une malade fatiguée qui dit avoir maigri de 5 kg. en 3 mois. Elle n'a pas d'appétit, tousse et crache, surtout le matin. Bacilloscopie positive. Température voisine de 38° le soir.

Examen stéthacoustique : Poumon droit normal.

Poumon gauche : En avant, gros râles bulleux sous la clavicule. En arrière respiration très rude avec quelques râles bulleux après la toux.

Examen radiologique. — Champ pulmonaire droit normal.

Champ pulmonaire gauche : Taches et marbrures autour du hile et dans la région inter-cléido-hilaire avec spéléonque d'environ 3 cm. de diamètre sous l'extrémité externe de la clavicule.

Un pneumothorax est institué du côté gauche le 30 mai. Le col-lapsus est très bon et les résultats apparaissent rapidement.

Le 20 juillet, la malade est très améliorée, elle a repris 3 kg. ses crachats diminuent mais contiennent encore des bacilles.

Examen stéthacoustique : Poumon droit, respiration de type em-physémateux.

Poumon gauche : Pneumothorax, silence respiratoire.

Examen radiologique : Champ pulmonaire droit normal,

Champ pulmonaire gauche. Pneumothorax sans liquide. Très bon décollement. Cœur refoulé à droite. Tendance à la déviation médiastine. Phénomène paradoxal de Kinboëck très net.

La malade quitte alors l'hôpital et vient régulièrement se faire insuffler au dispensaire Léon Bourgeois.

Le 15 septembre, elle a encore pris 2 kg. 500 : elle ne tousse plus, ne crache plus. Bacilloscopie négative. Pas de température.

Mais, à la fin de janvier, la fièvre fait sa réapparition et atteint 39,

le soir. Au bout de quelques jours, la malade recommence à expectorer. Elle entre salle Mosny le 2 février 1932.

Sa température est encore élevée avec de grandes oscillations, elle tousse et crache plusieurs fois par jour. Bacilloscopie positive.

Examen stéthacoustique : Poumon droit : Submatité en avant et en arrière avec respiration soufflante. Retentissement de la toux. Pectoriloquie aphone. Gros râles bulleux en avant sous la clavicule, et, en arrière dans la partie interne de la fosse sus-épineuse.

Examen radiologique ; Champ pulmonaire droit : Plage d'ombre non homogène avec limite inférieure scissurale nette et présentant, dans l'apex, une image lacunaire de la grosseur d'une mandarine. Le reste du champ est normal.

Champ pulmonaire gauche. Image de pneumothorax avec bonne compression ; un peu de liquide dans le cul-de-sac. Phénomène de Kinboëck.

On institue alors un traitement par la crisalbine en injections intraveineuses de 25 centigr. par semaine.

Le 31 mars 1932, la malade maigrit rapidement, la température oscille entre 37°4 le matin et 39°2 le soir ; les bruits adventices augmentent à droite,

Examen radiologique : Même aspect que précédemment : Les lobes inférieurs droits demeurent de transparence normale.

La malade s'amaigrit, ne s'alimente pas et meurt le 11 avril 1932.

L'autopsie n'a pu être pratiquée que 48 heures après la mort.

ETUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE.

L'ouverture du thorax décèle la présence d'une faible quantité de liquide dans la cavité pleurale gauche. Le poumon correspondant, rétracté sur son hile, n'a guère que la moitié de sa taille normale ; la plèvre viscérale est très épaissie. Sur la tranche de section, le lobe inférieur apparaît simplement anthracosique avec des vaisseaux à parois épaissies ; mais on n'y découvre aucune lésion tuberculeuse. Le lobe supérieur, par contre, est infiltré de nombreux nodules caséifiés, séparés par des

plages uniformément grisâtres. Il est, de plus, creusé, près du sommet, par une caverne de la taille d'une noix environ.

Le poumon droit adhère au thorax dans toute sa partie supérieure où se trouve une volumineuse caverne qui apparaît sur deux coupes verticales pratiquées sur le poumon de dehors en dedans. Du fait des altérations cadavériques, le parenchyme pulmonaire s'est déchiré vers l'apex, si bien que le contour de la caverne se voit mal. Sur la première tranche de section, tout le lobe supérieur est de teinte grisâtre, contrastant nettement avec celle du lobe inférieur qui n'est pas altérée. De plus, on y voit plusieurs plages de caséification mal limitées avec des vaisseaux dont la paroi est épaissie et quelques travées scléreuses séparant de petits fragments de parenchyme densifié et grisâtre, présentant de tout petits foyers d'anthracose. Sur la seconde tranche de section, postérieure par rapport à la première, les lésions sont groupées sans régularité et séparées par des îlots de parenchyme peu modifié. La scissure interlobaire est intacte, parfaitement libre dans toute son étendue.

Il n'a pas été prélevé de fragments pour l'examen histologique, la fixation eût été forcément mauvaise en raison des altérations des pièces provoquées par le retard avec lequel a été pratiquée l'autopsie.

EVOLUTION.

Comparativement à l'étude que nous avons faite de la localisation primitive, la lobite supérieure droite

secondaire nous apparaît nettement plus grave. Elle est le résultat d'une poussée évolutive chez un sujet déjà fatigué par l'atteinte tuberculeuse et dont la résistance fléchit.

Sur les cinq cas que nous avons examinés, un seul a pu être amélioré, grâce à la crisalbine, mais d'une façon insuffisante et trop précaire pour qu'on puisse croire à la progression de cette amélioration ; les autres ont évolué vers la cachexie. Le pronostic est donc particulièrement grave.

L'évolution est celle de la lobite ulcéro-caséuse à fort potentiel évolutif, la lésion, d'abord pneumonique se caséifie et s'excave, tout en restant longtemps localisée, la scissure interlobaire marquant la limite inférieure de l'envahissement. Cependant, la stabilisation nous semble de durée moindre et l'on peut parfois observer la dissémination aux lobes inférieurs quelques jours seulement après le début de la bilatéralisation.

L'extension se fait ici encore sous forme d'éléments nodulaires qui peuvent augmenter les lésions du poumon gauche, mais surtout irradier vers les lobes inférieurs du poumon droit en respectant, comme précédemment, la région immédiatement sous-scissurale.

Bien que notre étude anatomo-pathologique soit privée de l'important tribut qu'apportent les recherches histologiques, nous croyons pouvoir conclure que la lobite supérieure droite secondaire est, comme la primitive, de nature polymorphe, sans importance particulière du tissu de sclérose et avec prédominance des

lésions pneumoniques aux différentes phases de leur évolution.

Au point de vue thérapeutique, les lobites supérieures droites secondaires sont assimilables aux lobites primitives avec lésions symétriques pour lesquelles nous dirons, plus loin, les avantages que présente l'aurothérapie. Mais nous croyons, cependant, que, lorsque les lésions du poumon gauche ont été traitées par un pneumothorax artificiel dont l'efficacité persiste, il y a intérêt, tout en maintenant le premier pneumothorax, à en créer un second sur la lobite secondaire.

Le qualificatif de secondaire attribué à la lobite supérieure droite n'implique que la notion de succession chronologique des lésions, sans qu'il comporte celle de caractères cliniques ou anatomiques particuliers.

CHAPITRE X

PRONOSTIC

La tendance de la lobite supérieure droite à rester plus ou moins longtemps stabilisée sous forme de lésion locale avait conduit L. BÉTHOUX à considérer cette localisation comme une forme relativement bénigne de la tuberculose pulmonaire chronique. Il pensait, qu'au cours de la lobite, le processus tuberculeux était en présence de fortes réactions défensives, sous forme de défense scléreuse au point de vue local, et de défense humorale au point de vue général. Il ne comptait que 7 % de décès.

Or, si l'on suit, pendant une période plus longue, l'évolution de la maladie, on constate qu'il en va tout autrement : la localisation lobaire n'est que temporaire, la rétraction scléreuse ne se produit pas toujours, l'extension des lésions est fréquente et aboutit à la mort. Nous avons déjà fourni la proportion de 50 % de décès parmi les lobites non collabées.

La durée de l'évolution est très variable : elle dépend de l'intensité de l'affection, de la valeur des facteurs de défense locaux et généraux, en un mot, du « potentiel évolutif » (L. BERNARD) de la lésion. Elle est plus fréquemment lente que rapide.

Les 25 décès que nous avons observés donnent lieu, quant à la durée de l'évolution, aux considérations suivantes :

Evolution inférieure à 6 mois : exceptionnelle.	1 cas (méningite)
Evolution durant de 6 mois à 1 an	8 cas, soit 32 %
Evolution durant de 1 an à 2 ans	9 — 36 %
Evolution supérieure à 2 ans.	6 — 24 %
Décès accidentel.	1 cas

En somme, dans 60 % environ des cas mortels, l'évolution est lente, la mort ne survient guère qu'au bout de deux ans.

Si nous réunissons les 50 observations de malades non traités par le pneumothorax et dont nous avons pu suivre intégralement l'évolution, nous obtenons :

Etat stationnaire	8 cas soit 16 %	
Evolution vers la sclérose.	13 — 26 %	
Evolution vers l'aggravation.	4 — 8 %	
Mort par complications tuberculeuses.	1 — 2 %	
Mort rapide.	8 — 16 %	} 50 % de décès
Mort lente	15 — 30 %	
Mort par complications non tuberculeuses.	1 — 2 %	

Malgré les résultats remarquables fournis par les méthodes dont s'est enrichie récemment la thérapeutique de la tuberculose pulmonaire, le pronostic reste sévère. Voici notre statistique générale portant sur les 124 cas de lobite supérieure droite que nous avons observés :

Améliorés ou guéris	46 cas soit 37	%
Non améliorés	12 —	9,6 %
Décès	48 —	38,7 %
Evolution inconnue	18 —	14,5 %

Plus importante encore nous apparaît la proportion des évolutions favorables, quand on augmente la durée pendant laquelle on a pu suivre la marche de la maladie. Nous avons réuni 38 cas de lobite supérieure droite diagnostiqués avant le 1^{er} janvier 1928, c'est-à-dire que chacun d'eux présente une durée d'évolution de plus de 4 ans. Nous avons trouvé :

Améliorés ou guéris	9	soit 23,7 %
Décès	17 —	44,7 %
Malades non retrouvés	12 —	31,5 %

Si l'on tient compte du fait que la presque totalité des sujets qu'on ne peut retrouver représente des cas malheureux, on en peut conclure que sur des malades suivis très longtemps, il y a près de 75 % de résultats défavorables. D'ailleurs, si, pour établir cette statistique, on ne tient compte que des 26 évolutions complètement connues, on trouve encore 65,4 % de décès contre 34,6 % seulement d'améliorations.

Pour fixer le pronostic de la lobite supérieure droite, il faut tenir compte de sa nature anatomo-pathologique. Nous en considérons 3 catégories principales :

1° LOBITES PRIMITIVEMENT FIBREUSES :

Elles sont rares, leur potentiel évolutif est très faible ; elles demeurent généralement stationnaires pendant des années (obs. CV). Leur pronostic local est mauvais ; elles n'évoluent guère vers la guérison ; les bacilles,

dans les expectorations, persistent presque indéfiniment ; les signes d'auscultation sont invariables. *Quoad vitam*, par contre, le pronostic est relativement bon : les malades conservent un état général très satisfaisant, ils s'alimentent bien, leur courbe pondérale reste stationnaire et élevée, l'apyrexie est la règle, les symptômes sont réduits au minimum. Cependant, les parties du poumon restées saines voient se développer en elles une respiration vicariante, qui peut, à la longue, provoquer tous les inconvénient de l'emphysème. De tels sujets cessent presque d'être des malades, pour devenir, en quelque sorte, des infirmes.

2° LOBITES SECONDAIREMENT FIBREUSES.

Nous entendons, par ces termes, des lobites dont le début a été pneumonique, mais dont l'évolution a rapidement fait place au processus de rétraction fibreuse. De telles lésions sont d'un très bon pronostic, ce sont elles, surtout, qui ont été étudiées par L. BÉTHOUX et c'est pourquoi il concluait à leur évolution heureuse. L'apparition du développement fibreux annonce, en effet, que la période critique de la maladie est passée, le processus morbide va alors régresser progressivement ; les signes physiques s'atténueront en même temps que l'état général deviendra meilleur. Ces lobites aboutissent très fréquemment à la guérison clinique. On ne les rencontre malheureusement que très peu souvent : elles constituent 26 % des cas de notre statistique.

3° LOBITES ULCÉRO-CASÉEUSES.

Ce sont celles dans lesquelles le développement du processus fibreux est insuffisant pour enrayer l'extension des lésions ; celles-ci finissent par s'étendre à toutes les parties des poumons ; elles aboutissent souvent à la mort, leur pronostic est très mauvais.

Le potentiel évolutif de la lobite supérieure droite est donc très variable suivant la nature anatomo-pathologique des lésions. Or, le terrain est un des éléments de la forme anatomique : chez les individus prédisposés à la sclérose le processus fibreux fera rapidement son apparition, et c'est pourquoi l'existence antérieure de la syphilis, est, en particulier, facteur d'un bon pronostic. L'âge, le sexe, par contre, ne semblent pas avoir d'importance.

La grossesse a des répercussions différentes suivant les cas. Quand elle se développe chez une malade dont les lésions ont pris nettement l'allure fibreuse, les répercussions sont nulles (obs. LXXVII), si elles sont encore ulcéro-caséeuses, la gravidité provoque l'extension du processus lésionnel et peut déterminer rapidement, l'évolution vers la mort (obs. VIII). Enfin, la grossesse semble sans influence lorsque la malade est traitée par le pneumothorax artificiel (obs. XC).

Lorsque la lobite supérieure droite est secondaire à des lésions du poumon gauche, elle constitue une affection très grave. Sur les 5 cas que nous avons recueillis, un seul a pu être amélioré par le traitement aurique et 4 se sont terminés par la mort. Il s'agit de tuberculeux qui ont déjà été affaiblis par les localisations primitives

de la maladie chez lesquels la lobite supérieure droite s'est instituée à la faveur d'un fléchissement de l'état général. Le pronostic est alors particulièrement sombre.

En résumé, fixer le pronostic d'un cas particulier de lobite supérieure droite, revient à en déterminer la nature anatomo-pathologique. Seules les formes fibreuses ont un potentiel évolutif faible ; dans tous les autres cas le potentiel évolutif est très élevé et le pronostic est nettement mauvais.

Nous indiquerons plus loin comment peut se déterminer la nature scléreuse d'une lobite ; on peut en résumer simplement les éléments : prédominance des signes radiologiques sur les signes stéthacoustiques. C'est l'application à une localisation spéciale de la « loi de discordance » de DUMAREST.

CHAPITRE XI

TRAITEMENT

L'importante réalisation de la collapsothérapie artificielle et la vulgarisation de sa technique ; les résultats de l'aurothérapie et l'extension de son application, l'introduction de la chirurgie dans le domaine de la phtisiologie et l'amélioration constante de ses méthodes, ont depuis vingt ans complètement transformé l'aspect du traitement de la tuberculose pulmonaire. En modifiant l'aphorisme de GRANCHER il est juste désormais de dire avec M. LÉON BERNARD qu'après le paludisme et la syphilis, la tuberculose est devenue la plus curable des maladies chroniques. Comme les autres localisations de la tuberculose, la lobite supérieure droite a bénéficié de ces méthodes nouvelles et c'est ce qui nous autorise à nous étendre sur ce chapitre de thérapeutique.

A. — Lobite supérieure droite et pneumothorax artificiel

Il semble que la méthode de FORLANINI devait s'imposer comme procédé de choix dans la thérapeutique d'une localisation aussi nette que la lobite supérieure droite ; cependant, elle ne s'est pas généralisée d'emblée. Aux détracteurs habituels d'une méthode qui a cependant justifié les espérances qu'avait fait naître son apparition, s'ajoutaient les temporisateurs qui espéraient obtenir par le simple repos et une médication reconstituante la guérison de lésions aussi limitées. Or, nous savons que la limitation de la lobite n'est souvent que temporaire, et sa guérison spontanée fréquemment aléatoire. C'est pourquoi, sans atermoiements, il faut intervenir et collaber le poumon malade.

1^o INDICATIONS DU PNEUMOTHORAX.

D'une façon générale, on peut dire que toutes les lobites supérieures droites non bilatéralisées sont justifiables de la collapsothérapie.

Quelles sont en effet les conditions de réalisation d'un pneumothorax thérapeutique ? L'unilatéralité lésionnelle et la possibilité du décollement.

Aucun examen clinique ou radiologique ne peut préalablement déterminer cette possibilité : la symptomatologie jadis classique de la symphyse pleurale (frottements, attraction médiastine, immobilisation du diaphragme) constitue tout au plus une présomption ; la généralisation de la méthode de FORLANINI a permis de constater qu'on ne peut connaître l'existence d'une sym-

physe qu'en abordant la plèvre, l'aiguille à la main.

Quant à l'unilatéralité lésionnelle, elle résulte de la définition même de la lobite : affection étendue à tout le lobe mais n'atteignant que lui. Il est d'ailleurs évident que lorsque la lobite s'est propagée aux lobes inférieurs la lésion tuberculeuse reste unilatérale : le pneumothorax artificiel est toujours indiqué.

Mais souvent, au lieu de s'étendre aux lobes sous-jacents la lobite supérieure droite s'étend au poumon gauche. Faut-il dans ce cas renoncer systématiquement à l'institution d'un pneumothorax artificiel ? C'est ce que l'on croyait au début de la méthode parce que l'on craignait que, dans le poumon non collabé, et obligé de fournir un travail supplémentaire du fait de la suppression fonctionnelle presque totale de son congénère, les lésions ne prissent une extension rapide. Or, nous savons maintenant que, lorsqu'il s'agit de lésions peu étendues, la création d'un pneumothorax artificiel ne facilite pas forcément leur propagation ; souvent même il existe une action contro-latérale du pneumothorax qui fait régresser des lésions du poumon non collabé. Cette action contro-latérale peut être si intense que le Pr ASCOLI (de Palerme) a préconisé la création d'un pneumothorax artificiel du côté sain lorsqu'on n'a pas pu décoller le poumon malade symphysé. Nous ignorons quelle pourra être l'application pratique de cette notion, mais il est actuellement acquis qu'une lésion symétrique, peu étendue et stationnaire, ne constitue pas une contre indication à l'institution d'un pneumothorax artificiel. Le nombre des cas de lobite supérieure droite justi-

ciables de la méthode de FORLANINI doit en être augmenté d'autant.

Sur 124 cas de lobite supérieure droite que nous avons étudiés, le pneumothorax artificiel n'a été proposé que 76 fois ; il est probable que les connaissances actuelles auraient révélé un plus grand nombre d'indications, car certaines de nos observations datent de 1924. D'ailleurs sur les 48 cas où le pneumothorax artificiel n'a pas été proposé nous n'avons rencontré que deux guérisons (obs. XLII et CXVIII) et huit cas seulement où les malades ont pu être améliorés par d'autres méthodes ; nous enregistrons par contre sept cas où l'état est resté stationnaire (il s'agit de 7 malades des sanatoriums de Villiers-sur-Marne, obs. XCVII, CII, CIII, CV, CIX, CXI, CXII, dont nous n'avons pu suivre l'évolution que sur une période relativement courte), quatre cas où il s'est aggravé (obs. CVI, CX, CXIV, CXVI) et 16 cas qui ont été rapidement mortels ; enfin nous devons ajouter 10 cas dont nous n'avons pu connaître les résultats mais sur lesquels nous sommes obligé de porter un pronostic sévère, les malades à évolution favorable étant toujours ceux qu'on retrouve le plus facilement.

Nous n'avons pu suivre que deux cas où le pneumothorax a été refusé : l'un est mort en moins de deux ans (obs. LXXVI), l'autre, qui représentait une forme fibreuse évoluant vers la sclérose chez un syphilitique, s'est considérablement amélioré (obs. XXIX). Nous ne saurions établir des pourcentages avec une documentation aussi pauvre, mais nous croyons que sur une plus grande statistique de pneumothorax refusés nous trouverions une forte proportion d'évolutions défavorables.

2° SA RÉALISATION.

L. BÉTHOUX pensait que le pneumothorax artificiel n'était facilement réalisable que dans les lobites à plage homogène ou avec aspect en mie de pain ; il croyait que dans les lobites excavées les adhérences empêchaient presque certainement le décollement. Nous pensons au contraire que les lobites largement excavées représentent le plus souvent des formes ulcéro-caséuses dans lesquelles le pneumothorax est souvent réalisable, tandis que les lobites à plage homogène, lorsqu'elles sont le résultat de la rétraction du parenchyme pulmonaire sous l'influence de la sclérose, sont entourées par une plèvre adhérente en presque tous les points qui rend impossible le collapsus. Au surplus, aucune forme de lobite ne permet de dire préalablement s'il y a ou non adhérence des feuilletts pleuraux : la symphyse de la plèvre pariétale comme celle de la plèvre interlobaire est indépendante de la forme anatomo-pathologique de la lobite. Pour savoir si le pneumothorax est possible, il faut en tenter la création.

Sur 74 cas où le pneumothorax artificiel a été tenté il a été réalisé 60 fois, c'est-à-dire qu'il a été possible dans 82 % des cas environ et impossible dans 18 %, soit un échec sur un peu moins de six tentatives. Dans la pratique générale du pneumothorax, les impossibilités sont actuellement moins fréquentes, mais certaines de nos observations sont vieilles de plusieurs années et répondent à des conceptions déjà périmées. En pratiquant systématiquement le pneumothorax artificiel sur les lobites récemment constituées les chances de décolle-

ment seraient augmentées et très voisines de celles rencontrées dans les autres localisations de tuberculose pulmonaire.

Le collapsus se fait progressivement au fur et à mesure que l'air introduit dans la cavité pleurale permet la rétraction du poumon vers le médiastin ; le lobe malade augmente de densité, et, sur l'écran, apparaît, plus nettement au milieu de cette ombre, la clarté circulaire des spélonques dont on ne pouvait auparavant que soupçonner l'existence. Dans les cas heureux, où nulle adhérence ne maintient le poumon à la paroi, les lobes s'affaissent les uns sur les autres, le sommet du lobe supérieur ne dépassant plus que de quelques centimètres le niveau du hile. Plus souvent, une adhérence relie le lobe supérieur à la paroi et l'on peut voir sur l'écran, comme nous l'avons déjà indiqué, les lobes moyen et supérieur séparés par un espace clair. Parfois même quand le lobe moyen est adhérent au lobe inférieur et celui-ci fixé au diaphragme on peut voir l'angle de séparation des lobes supérieur et moyen varier avec les mouvements de la respiration et ses côtés s'éloigner pendant l'inspiration tandis qu'ils se rapprochent pendant l'expiration (obs. LXXXVI).

D'autres fois, tandis que l'expansion respiratoire est supprimée dans le lobe malade, elle persiste dans les lobes sains ; ainsi se produit le pneumothorax électif. Mais il faut préciser que la Nature est seule maîtresse de la constitution d'un semblable pneumothorax, dont l'électivité est indépendante de la volonté de l'opérateur. Souvent même, surtout dans les lobites supérieures

droites de nature fibreuse, c'est un pneumothorax contro-électif qui se produit ; on obtient un bon décollement des lobes moyen et inférieur tandis que le lobe supérieur reste adhérent à la paroi : Un tel pneumothorax est ordinairement inutile, parfois même nuisible, il faut l'abandonner. Le pneumothorax contro-électif peut aussi se voir au début du traitement dans les lobites à forme pneumonique : Les exsudats alvéolaires maintiennent rigide le bloc d'hépatisation que constitue le lobe supérieur, celui-ci n'est pas comprimé par l'insufflation, tandis que les lobes sains, sous-jacents, diminuent de volume et refluent vers le médiastin. Mais, dans ce cas, la disposition contro-élective des lobes n'est que temporaire. Sous l'influence du collapsus, le lobe supérieur va se débarrasser des éléments de caséification, car le drainage des cavernes est alors facile, la bronche d'évacuation étant dirigée de haut en bas ou tout au moins horizontale. Le malade expectorera des crachats muco-purulents, d'abord d'aspect gélatineux, puis, au bout de quelques jours, nummulaires. Le lobe supérieur pourra ainsi recouvrer la souplesse, subir, comme les autres le collapsus, et permettre, par la suppression de toute expectoration, la sclérose et la guérison.

Lorsque le poumon est relié à la paroi par une bride apicale joignant la partie supérieure du dôme à la région correspondante du gril costal, le collapsus n'est généralement, pas entravé par cette bride. Il n'en est pas de même lorsque l'adhérence siège sur la partie latérale du lobe supérieur ; l'affaissement est alors incom-

plet et s'arrête au niveau de l'implantation parenchymateuse de la membrane.

La topographie des adhérences nous semble commandée par celle des spélonques. Le lieu d'élection des cavernes est, en effet, l'angle pariéto-claviculaire ; et lorsqu'elles siègent ailleurs, plus particulièrement au sommet, le volume du parenchyme du lobe supérieur étant relativement restreint, elles demeurent voisines de la corticalité ; la zone de réaction scléreuse qui les entoure, peut se propager facilement jusqu'à la plèvre et déterminer la production d'adhérences. La spélonque se détache, sur l'écran, à l'extrémité pulmonaire de la bride, à la partie supéro-externe du moignon lobaire dont la rétraction a augmenté la densité, et la traction exercée par cette adhérence agrandit les contours de la caverne et peut provoquer des hémoptysies, lorsqu'en voulant obtenir un meilleur collapsus on augmente la pression intrapleurale (obs. XLI et XCV). C'est la « caverne suspendue » qui se rencontre fréquemment dans la lobite supérieure droite et que STÉPHANI considère comme « une des indications les plus typiques de l'opération de JACOBÉUS ».

Maintenir un pneumothorax dans ces conditions est une faute : Si l'adhérence est importante il faut abandonner la méthode, si elle est, au contraire, plus ténue, il faut pratiquer une pleuroscopie, et, si c'est possible, obtenir un meilleur collapsus en sectionnant la membrane. C'est ce qui a été fait dans l'observation suivante :

Obs. LXVII. — D... Suzanne, 22 ans, sans profession, a fait une bronchite à l'âge de 11 ans et, depuis cette époque, a constamment toussé, surtout le matin. Elle a été examinée au dispensaire Léon Bourgeois en 1928 et en 1930 ; les examens furent négatifs. Examinée de nouveau en novembre 1931, on juge nécessaire son hospitalisation.

Entrée le 14 décembre 1931, salle Mosny, elle dit avoir maigri de 3 kilos en 4 mois. Elle tousse et crache abondamment ; elle accuse des douleurs fréquentes dans le côté droit et se plaint de sueurs nocturnes.

Examen stéthacoustique : Poumon droit : submatité du sommet où l'on trouve quelques râles bulleux. Poumon gauche : respiration un peu rude.

Examen radiologique : Champ pulmonaire droit : plage d'ombre non homogène occupant le tiers supérieur du champ pulmonaire avec limite inférieure scissurale nette. Image spéléomorphique de petit diamètre au-dessus de la clavicule.

Champ pulmonaire gauche : Normal.

Le 18 décembre 1931, on institue un pneumothorax artificiel : le décollement est satisfaisant ; mais une bride, reliant la partie moyenne du lobe supérieur à la paroi, maintient béante la cavité. L'expectoration demeure abondante et la bacilloscopie positive.

On décide alors la pleuroscopie. Celle-ci est pratiquée le 4 mars 1932 par le D^r F. TRIBOULET. On voit avec l'appareil un lobe supérieur bleu densifié et un lobe moyen sain et rose, séparés par une scissure parfaitement libre. La bride est sectionnée au galvanocautère. Suites opératoires simples.

Les bacilloscopies restent positives, mais une poussée liquidienne qui survient au début de mai augmente le collapsus et comprime la spelonque. Les examens de crachats deviennent négatifs et la malade quitte l'hôpital le 31 mai avec bon état général et apyrexie permanente. Elle est actuellement insufflée régulièrement au Dispensaire Léon Bourgeois.

Le plus souvent, le pneumothorax institué et maintenu efficace suffira pour arrêter toute extension des lésions. Il pourra se faire cependant qu'on observe malgré cela leur bilatéralisation. Il faudra alors agir sur le poumon gauche.

On pourra commencer par la crysothérapie ; mais il faut se souvenir que son action, si elle ne se manifeste pas dès les premières semaines de traitement, sera très lente ou même à peu près nulle. Passé donc un délai maximum de deux mois, si l'on n'a pas observé de régression des lésions il faudra avoir recours aux méthodes collapsothérapiques, soit le pneumothorax bilatéral, soit, comme le préconise M. DUMAREST, la phrénicectomie dans le cas où le traitement aurique, sans amener la régression des lésions, a tout de même provoqué leur stabilisation. Nous pensons cependant que si cette bilatéralisation se manifeste sous forme de lésions excavées il est prudent de ne pas attendre l'action, parfois lente, des sels d'or, et d'agir immédiatement par un pneumothorax bilatéral.

3° SES RÉSULTATS.

Lorsque le pneumothorax artificiel est réalisable ses résultats sont remarquables comme dans toutes les localisations unilatérales de tuberculose pulmonaire.

a) Résultats immédiats. — Il arrive, surtout dans les formes pneumoniques, que l'expectoration augmente au début, mais rapidement elle diminue jusqu'à cessation, les symptômes généraux, la fièvre, la toux s'amendent. Le poids augmente parfois mais ce n'est pas régulier : MM. LÉON BERNARD et TRIBOULET ont insisté sur l'existence de malades qui maigrissent pendant toute la durée d'entretien de leur pneumothorax artificiel alors que leurs lésions s'améliorent. Les signes physiques diminuent jusqu'à disparaître pour faire place

au silence respiratoire que détermine le collapsus.

Nos observations ont donné lieu à la création de 60 pneumothorax artificiels dans lesquels nous avons noté les résultats immédiats suivants :

Etat stationnaire	4 cas, soit 1,6 % (obs. LXXXIII)
Amélioration.. ..	37 cas, soit 61,6 %
Aggravation.....	22 cas, soit 36,6 %

Ces résultats sont à rapprocher de ceux donnés par Mlle LAMBERT DE CURSAY qui, sur 35 pneumothorax artificiels institués pour des cas de lobite, a noté 5 états stationnaires, 18 améliorations et 10 aggravations. Si notre statistique est encore plus favorable, cette modification est due au fait que la méthode de FORLANINI s'est trouvée complétée par la pleuroscopie et les sections de brides qui sur 5 de nos malades ont été pratiquées (obs. LXVI, LXVII, LXXXIV, LXXXVI, XCV) par le Dr. F. TRIBOULET dans le service de notre Maître, le Prof. LÉON BERNARD.

b) *Résultats éloignés* : Les résultats éloignés sont un peu moins favorables : il arrive, en effet, qu'après une période d'amélioration le malade porteur d'un pneumothorax artificiel fasse une bilatéralisation rapidement extensive et le plus souvent fatale, avant l'avènement de la cryothérapie et la pratique du pneumothorax double.

Nous n'avons pu suivre tous les malades qui figurent dans notre stastistique précédente : 4 en effet ont cessé de se faire insuffler dans le service de la Clinique de la Tuberculose sans que nous puissions les retrouver.

Nous avons donc suivi 56 malades qui se répartissent de la façon suivante :

1 est toujours stationnaire	1,7 %
13 sont morts	26,8 %
5 sont aggravés	8,8 %
13 sont considérés comme cliniquement guéris	23,6 %
22 sont améliorés et en cours de traitement	39,3 %

Il est évident que parmi les malades dont le pneumothorax est toujours entretenu, une forte proportion viendra augmenter le nombre des guérisons cliniques puisque 16 d'entre eux présentent un très bon collapsus avec un état général très satisfaisant, apyrexie, et bacilloscopie négative.

Précisons, d'autre part, que parmi les malades aggravés par bilatéralisation, deux se sont vu instituer un pneumothorax double ; l'un d'eux est mort (obs. XX), l'autre est très amélioré (obs. LXXXVII), augmente de poids et ne présente plus de bacilles dans ses expectorations.

c) *L'avenir des malades.* — ROUBIER, étudiant les chances de succès du pneumothorax en cours, pense qu'après un intervalle de guérison apparente il se produit dans plus de la moitié des cas de lobite traités par pneumothorax artificiel (10 cas sur 19) des rechutes sous forme de récurrence *in situ*, de bilatéralisation tardive, de tuberculose extrapulmonaire.

P. VÉRAN (de Nantes), dans une étude complète des résultats éloignés du pneumothorax artificiel, considère la lobite supérieure droite comme une des formes de tuberculose pulmonaire les plus sujettes à complications

après cessation des insufflations ; il relève en effet 21 % de complications ultérieures dont 10 % de récidi-
ves *in situ*. Cependant, dans une étude semblable, A.
Bocquet a rencontré une majorité de lobites demeurées
parfaitement guéries plusieurs années après la cessa-
tion du pneumothorax et considère cette localisation
comme très favorable au traitement par collapsothérapie.

Les 13 cas de lobite supérieure droite guérie que
nous avons pu retrouver, plus ou moins longtemps
après la cessation de leur pneumothorax artificiel, ne
nous permettent pas d'établir des pourcentages, nous
préférons en résumer les observations dans le tableau
suivant :

Numéros des observations	Durée du P. A.	Mode de cessation	Etat actuel	Durée de la guérison
XVIII...	32 mois	symphyse	guéris. maintenue	18 mois
XXIII...	43 mois	délibéré	guéris. maintenue	4 ans
XXXIX...	12 mois	symphyse	décédé	
XLVI...	34 mois	délibéré	guéris. maintenue	8 mois
LXXVII...	55 mois	délibéré	guéris. maintenue	18 mois
LXXVIII...	3 ans	symphyse	récidive in situ	
LXXXVIII...	7 ans	délibéré	guéris. maintenue	2 ans
LXXXIX...	4 ans	délibéré	récidive in situ	
XC...	34 mois	délibéré	guéris. maintenue	4 ans
XCI...	6 mois	symphyse	guéris. maintenue	55 mois
XCII...	3 ans	délibéré	fébrile	
CXIII...	40 mois	délibéré	bilatéralisation	
CXXIII...	4 ans	délibéré	guéris. maintenue	1 an

Le recul avec lequel nous considérons la guérison
est trop variable pour que nous puissions en tirer des
conclusions absolues ; mais nous pensons tout de même
que lorsque le pneumothorax artificiel est abandonné

délibérément après une durée suffisante de collapsus l'avenir des malades n'est pas très sombre puisque sur les 9 cas répondant à cette évolution nous n'observons que deux cas de complications : une évolution contro-latérale et une récurrence *in situ*. Le pronostic est évidemment plus sévère lorsque l'abandon des insufflations a été commandé par la symphyse pleurale, surtout lorsque le collapsus n'a été entretenu que pendant un temps trop court.

MM. LÉON BERNARD et JULIEN MARIE ont publié une statistique portant sur 48 pneumothorax artificiels institués pour lobite supérieure droite et cessés pour guérison ; ils ont trouvé : 11 cas où l'amélioration s'est maintenue, 11 autres où l'état était resté stationnaire et 23 où il s'était aggravé. « De tels résultats sont moins satisfaisants que dans la statistique générale des pneumothorax, conclut M. LÉON BERNARD, cela tient à mon sens à ce que la lobite demeurant longtemps une lésion localisée, on a tendance à intervenir trop tardivement sur des cas déjà anciens ».

Nous avons déjà insisté sur l'importance qu'il y a dans une lobite supérieure droite à ne pas attendre la guérison spontanée et à intervenir précocement par le pneumothorax artificiel ; nous ajouterons que, dans les cas où l'on a trop retardé l'intervention, on devra entretenir très longtemps le collapsus : cinq à six ans d'entretien nous semblent nécessaires pour les pneumothorax créés sur des lobites fibreuses anciennement constituées. Quant aux malades chez lesquels le pneumothorax artificiel a dû être précocement abandonné par

symphyse, il y aura intérêt à ne pas les considérer trop vite comme guéris, même s'ils ne présentent plus qu'une symptomatologie très réduite, et à compléter l'action thérapeutique par une cure sanatoriale ou par la crysothérapie. Si la symphyse se produit avant la disparition des signes cliniques et bactériologiques, il faudra envisager rapidement l'intervention chirurgicale.

B. — Lobite supérieure droite et traitement aurique

La découverte de MOLLGAARD devait, comme celle de FORLANINI, bénéficier à la lobite supérieure droite mais à un titre moindre car ses indications résultent en quelque sorte des contre-indications de la collapsothérapie.

1° INDICATIONS.

L'indication principale du traitement aurique dans la lobite supérieure droite est l'atteinte simultanée ou secondaire du poumon gauche. Nous savons que la présence de lésions discrètes du poumon gauche n'est pas une contre indication à l'institution d'un pneumothorax artificiel droit, mais lorsque ces lésions symétriques atteignent une certaine importance, lorsqu'elles sont excavées ou lorsque des examens successifs montrent leur tendance à l'évolution rapide, la collapsothérapie doit faire place au traitement aurique.

Les deux méthodes, d'ailleurs, ne sauraient s'exclure et si, en présence de lésions discrètes du côté gauche on institue un pneumothorax artificiel du côté droit, il y a

souvent intérêt à utiliser la crysothérapie pour faciliter la régression des lésions non collabées. On peut même voir (obs. CXV) des lésions gauches, tellement étendues au début qu'elles écartent toute idée de collapsothérapie, régresser sous l'influence des sels d'or, au point qu'elles permettent l'institution secondaire d'un pneumothorax artificiel sur la lobite supérieure droite.

Ce n'est qu'exceptionnellement qu'on peut être amené à pratiquer le traitement aurique dans la lobite solitaire : on pourra cependant y avoir recours pour ne pas laisser sans traitement un malade chez lequel le pneumothorax aura été impossible et la collapsothérapie chirurgicale refusée.

2° TECHNIQUE.

C'est toujours le thiosulfate d'or et de sodium en injections intraveineuses qui a été utilisé dans les observations objets de notre étude. On commence par la dose de dix centigrammes par semaine pour atteindre 0 gr. 25 : cette dose est parfois dépassée jusqu'à 0 gr. 40 ou 0 gr. 50 en une seule ou en deux injections hebdomadaires. Les accidents sont assez rares, deux fois seulement sur 23 cas traités par la crisalbine la thérapeutique a dû être suspendue : une fois à cause de l'apparition de diarrhée (obs. LV), une fois à cause de l'apparition d'une stomatite (obs. CXVIII).

3° RÉSULTATS.

Les six cas que nous avons réunis de lobite solitaire traitée par les sels d'or représentent : 1 cas d'aggrava-

tion (obs. LVII) 2 cas d'état stationnaire (obs. LXXII et CXIII) et trois cas d'amélioration très marquée (obs. CXVIII, CXIX et CXXIV).

Sur 17 lobites supérieures droites associées à des lésions du poumon gauche nous avons obtenu : 4 états stationnaires, 6 améliorations, 7 aggravations. Au total, sur 23 lobites supérieures droites traitées par la crisalbine nous obtenons :

Améliorations	9 cas, soit 39 %
Etats stationnaires	6 cas, soit 26 %
Aggravations	8 cas, soit 34 %

Les résultats obtenus par cette méthode ne sauraient se comparer à ceux donnés par le pneumothorax artificiel. Dans la collapsothérapie, en effet, on a toujours affaire à des lésions localisées ; la cryothérapie, au contraire, est le plus souvent utilisée dans les lésions bilatérales plus ou moins étendues. Elle n'en constitue pas moins une méthode thérapeutique très appréciable.

C. — Lobite supérieure droite et traitements chirurgicaux

Les traitements chirurgicaux de la lobite supérieure droite sont nés des impossibilités de réaliser le pneumothorax artificiel ; ils sont représentés surtout par les méthodes de collapsothérapie indirecte, les interventions directes sur le poumon n'ayant pas donné les résultats qu'on pouvait en attendre. Mais il ne faut pas en conclure que toute tentative infructueuse de création de pneumothorax doit systématiquement être suivie

d'une phrénicectomie ou d'une thoracoplastie ; les méthodes chirurgicales ne sauraient à elles seules constituer une entité thérapeutique, elles permettent seulement de récupérer une certaine proportion de malades chez lesquels le pneumothorax artificiel a été impossible ou inefficace, mais chez lesquels aussi on a remarqué une tendance spontanée à la rétraction et à la sclérose. Dans certains cas délimités dont les indications ont été soigneusement posées la chirurgie pulmonaire constitue un traitement remarquable, mais « il ne faut pas lui demander plus qu'elle ne peut donner » (MAURER, de Paris).

a) Phrénicectomie

Nous avons suffisamment insisté sur l'intérêt que présente la création d'un pneumothorax artificiel dans tous les cas de lobite supérieure droite solitaire ou accompagnée seulement de lésions symétriques bénignes pour que nous ne partagions pas, surtout en ce qui concerne cette localisation, l'opinion de MORIN et de l'Ecole de Leysin qui voudraient voir systématiquement le pneumothorax artificiel céder la place à la phrénicectomie. Nous pensons cependant que dans certains cas, que nous allons préciser, l'exérèse du phrénique peut amener l'amélioration ou la guérison.

On croyait, au début de la méthode, que la phrénicectomie convenait uniquement au traitement des cavernes isolées de la base et, de fait, cette localisation demeure, comme l'ont bien montré MM. LÉON BERNARD et POIX, l'indication primordiale de cette intervention.

Mais SPRAWSON nous semble trop absolu quand il déclare que la phrénicectomie ne fait pas bénéficier la tuberculose, strictement limitée au lobe supérieur. Certes, les lésions du sommet ne disposent autour d'elles que d'une faible quantité de tissu sain pour combler les pertes de substance, elles en sont même complètement privées quand il s'agit de lobites, mais d'autres éléments interviennent pour déterminer la guérison.

C'est qu'en effet, si, dans la phrénicectomie comme dans le pneumothorax artificiel, la collapsothérapie est le facteur principal, son action n'est pas due uniquement à la compression des lésions et nous savons que le degré d'amélioration n'est nullement proportionnel à l'ascension du diaphragme. FORLANINI déjà insistait sur l'importance de la suppression du « traumatisme inspiratoire ». A la faveur du collapsus se produisent indirectement des modifications de la circulation sanguine et, peut-être davantage de la circulation lymphatique, celles-ci particulièrement étudiées par REDAELLI (de Milan). Mais à côté de ces transformations inhérentes au collapsus se produisent, sans doute, des modifications trophiques ou vaso-motrices dues à l'arrachement des filets sympathiques qui accompagnent le nerf phrénique. M. SERGENT attache une telle importance à cette action qu'il considère comme secondaire le rôle du collapsus, plus ou moins compensé, au point de vue respiratoire, par les suppléances des muscles intercostaux.

C'est ce qui explique que même dans les lésions du lobe supérieur la phrénicectomie puisse être efficace ; et nous pensons avec OEKONOMOPOULO (d'Athènes) que s'il

est vrai que l'action est d'autant plus complète que le processus n'est pas étendu à tout un lobe il n'en demeure pas moins que les bons effets de la paralysie artificielle de l'hémi-diaphragme se font sentir même si le processus est localisé au lobe supérieur du poumon.

La phrénico-exérèse trouvera donc son indication lorsque le pneumothorax artificiel aura été impossible dans une lobite supérieure droite à tendance scléreuse et rétractile. Cette tendance spontanée à la rétraction fibreuse sera caractérisée :

1° Par le passé pathologique du malade et notamment par la symphyse pleurale dont l'existence a rendu impossible le pneumothorax artificiel ;

2° A l'examen bactériologique, par la présence de bacilles rares ;

3° A l'auscultation, par un minimum de bruits adventices (râles bulleux discrets et peu humides) et une respiration de caractère bronchophonique ;

4° A l'écran, par une plage d'ombre limitée en bas par une ligne scissurale manifestement attirée vers le sommet, surtout en son milieu, en dehors par des côtes obliques et imbriquées les unes dans les autres, et en dedans par un médiastin que le processus cicatriciel rapproche de la paroi.

Cette intervention, dont la réputation de bénignité n'est peut-être pas entièrement justifiée, sera facilement acceptée par des malades qui auraient refusé la thoracoplastie.

Mais nous considérons que la meilleure indication de la phrénicectomie dans la lobite supérieure droite c'est

le cas où le pneumothorax artificiel a été abandonné précocement par symphyse. D'une part la production de cette symphyse est le témoignage de la réaction sclérosante de l'organisme, d'autre part nous avons déjà signalé les chances de réexpansion des lésions dans un pneumothorax précocement abandonné de cette façon.

Les considérations que nous venons d'exposer trouvent leur justification dans l'observation suivante :

Obs. LXXII. — Th... Aimée, 31 ans, sans prof. a eu en mai 1929 une affection pulmonaire aiguë qualifiée broncho-pneumonie pour laquelle elle a fait un séjour de six semaines à l'Hôpital de la Charité, puis elle est partie en convalescence à la campagne ; mais, continuant à tousser elle se présente en décembre 1929 au Dispensaire Léon Bourgeois où un pneumothorax artificiel est proposé à la malade mais refusé sur les conseils de son médecin (!!).

Cependant, en juin 1931 la malade entre salle Dieulafoy où un pneumothorax artificiel droit est institué et entretenu ensuite au Dispensaire Léon Bourgeois jusqu'en septembre, où la symphyse oblige à l'abandonner

Elle entre alors le 30 octobre 1931 salle Mosny. L'état général est bon, mais elle tousse et expectore beaucoup. Etat subfébrile.

Examen stéthacoustique : Poumon droit : submatité dans toute l'étendue du poumon. Râles bulleux en avant sous la clavicule et en arrière dans les fosses sus et sous-épineuses.

Poumon gauche : normal.

Examen radiologique : Champ pulmonaire droit, rétraction costale, attractions trachéale et médiastine. Le tiers supérieur est occupé par une plage d'ombre à limite inférieure scissurale nette dont la densité est maxima au niveau de cette limite et va en diminuant vers le sommet. Sous la clavicule, image spéléomorphique de la grosseur d'une mandarine. Au-dessous de cette plage d'ombre on note quelques taches et une petite image spéléomorphique para-hilaire.

Champ pulmonaire gauche : normal.

Une thoracoplastie proposée à la malade est refusée. On injecte alors 0 gr. 25 de crisalbine par semaine mais on n'obtient qu'une amélioration légère. On décide une phrénicectomie qui est

pratiquée le 13 février 1932 dans le service de M. le Professeur agrégé Proust; l'hémiaphragme droit subit une ascension immédiate de 4 cm. environ.

Revue en juin 1932 la malade présente :

Examen stéthacoustique : Poumon droit, respiration presque complètement abolie, quelques râles bulleux après la toux,

Poumon gauche : normal.

Examen radiologique : Champ pulmonaire droit, rétraction costale, attractions trachéale et médiastine très marquées. Hémiaphragme remonté d'environ 6 cm. Disparition de l'image parahilaire. L'image spéléomorphique du sommet ne présente plus qu'un diamètre inférieur à celui d'une pièce de cinquante centimes.

La malade a pris 7 kilos, est apyrétique, ne tousse et ne crache que très peu, les bacilles sont seulement décelables à l'homogénéisation.

Nous ne possédons que trois autres observations de lobite supérieure droite traitée par phrénicectomie (XLIII, L et LXXXIII). Les indications n'étaient pas aussi nettement posées que dans le cas précédent. Dans l'une d'elles l'état est resté stationnaire, dans les deux autres l'évolution a continué jusqu'à la mort.

La phrénicectomie est susceptible de constituer un traitement efficace de la lobite supérieure droite, mais, plus peut-être que dans les autres localisations de tuberculose, il convient de la réserver pour des indications précises et c'est dans les cas de pneumothorax artificiel abandonné pour symphyse que la lobite supérieure droite est particulièrement justiciable de cette intervention.

C'est à cette conclusion qu'arrivent MM. LÉON BERNARD et POIX pour les autres localisations de tuberculose pulmonaire.

b) Lobectomies

L'exérèse des tissus pulmonaires atteints par le processus tuberculeux semble le traitement de choix des lésions très limitées ; elle a été réalisée la première fois en 1891 par le P^r TUFFIER (1). Il s'agissait d'un malade de 22 ans atteint de tuberculose nodulaire limitée au sommet droit ; il put, après cette intervention exercer pendant 7 ans la profession fatigante de maçon. Cette observation a été rapportée à la Société de Chirurgie de Paris et au Congrès de Chirurgie de 1895.

Elle pouvait faire naître de grands espoirs dans le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire se présentant sous forme de lésions unilatérales et limitées. C'est le cas de la lobite supérieure droite et c'est pourquoi L. BÉTHOUX préconise la lobectomie comme un de ses moyens de traitement particulièrement approprié. Il présente cependant de grandes difficultés de réalisation opératoire.

Si, dans l'avenir, les techniciens de la chirurgie pulmonaire font porter leurs efforts dans le sens indiqué par TUFFIER et réussissent à perfectionner sa méthode, il semble, en effet, qu'une localisation aussi nette que la lobite supérieure droite doive être la première à en bénéficier. Mais depuis plusieurs années l'effort des chirurgiens s'est porté vers les techniques de collapsothérapie extrapleurale et l'opération de TUFFIER s'est vue évincer au profit de l'apicolyse et de la thoracoplastie.

(1) TUFFIER. — « De la résection du poumon dans la tuberculose au début » (*Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie*, 1891, p. 367).

L. BÉTHOUX, cependant, rapporte une observation inédite du Pr TUFFIER particulièrement intéressante. C'est un garçon boucher de 24 ans, chez lequel M. TUFFIER pratique le 8 octobre 1913 la résection du sommet du poumon droit pour « infiltration tuberculeuse avec léger ramollissement ». Les suites opératoires immédiates sont pénibles (angoisse, douleur extrême) mais le malade se remet rapidement malgré une fièvre typhoïde confirmée par séro-diagnostic et survenue en fin de novembre. Après une assez longue convalescence il reprend un état normal et peut faire quatre ans de guerre, dans le personnel volant de l'aviation, en présentant un état général très bon et sans aucune récurrence de tuberculose. Le résultat est singulièrement encourageant mais rien ne permet de dire qu'il s'agissait d'un cas de lobite supérieure droite.

c) Thoracoplasties

Les différentes méthodes de plastie pulmonaire constituent encore, malgré le perfectionnement constant des techniques, des opérations qui ne peuvent s'appliquer avec succès qu'à des malades répondant à des conditions spéciales. Beaucoup plus que pour la création d'un pneumothorax artificiel, l'unilatéralité lésionnelle doit être stricte, la tendance à la sclérose nettement marquée, l'état général capable de faire les frais de l'intervention et du rétablissement de l'organisme.

Il est évident que la résection d'une ou plusieurs côtes ne saurait permettre, dans tout poumon, un colapsus aussi marqué que l'établissement d'un pneumo-

thorax artificiel ; mais lorsqu'un lobe pulmonaire tuberculeux, travaillé par le processus de sclérose rétractile qui se développe en son intérieur, tire de toutes parts sur les points où il prend insertion par l'intermédiaire de la plèvre symphysée, la résection des côtes sur une grande partie de leur étendue facilite la rétraction et, par suite, la guérison. L'intervention du chirurgien ne fait que favoriser l'action déjà mise en œuvre par la nature : *Nemo naturæ, nisi parendo, imperat* (BACON).

Cependant, en présence d'une lésion aussi limitée que la lobite supérieure droite, le malade hésite longtemps avant de subir l'opération et, quand il l'accepte les conditions souvent ne permettent plus de la tenter. C'est ce qui explique que sur l'ensemble de nos observations, aucun malade n'ait été traité par apicolyse ou thoracoplastie bien que l'indication en fut parfois posée, particulièrement dans les observations LXXII et CXXIV. La contribution que nous apportons à cette étude sera donc surtout faite de l'application de l'enseignement général de nos maîtres MM. LÉON BERNARD, POIX, PROUST et MAURER au cas particulier de la lobite supérieure droite.

1° Apicolyse.

L'apicolyse est la libération extrapleurale du sommet du poumon qui entraîne sa suppression fonctionnelle. Elle peut être pratiquée avec plombage ou sans plombage.

a) APICOLYSE AVEC PLOMBAGE. — Elle a été réalisée par le P^r TUFFIER en 1910 et conseillée par lui à la Société

de Chirurgie de Paris (1). Elle a été pratiquée dans des cas où le pneumothorax artificiel s'était révélé impossible, au moyen d'une incision au niveau de la troisième côte qui permet au doigt de décoller de la paroi costale la plèvre symphysée et de maintenir l'affaissement qui en résulte pour le dôme pulmonaire au moyen d'une greffe graisseuse prélevée le plus souvent sur un autre sujet. L. BÉTHOUX a rapporté les observations de 3 malades opérés dans ces conditions par le Pr TUFFIER ; leur amélioration ne semble avoir été que relative.

Le plombage par greffon de graisse n'est plus aujourd'hui pratiqué ; on lui préfère le plombage à la paraffine. Il peut se faire par voie antérieure selon la méthode de BÉRARD ou celle de LAUWERS (de Courtrai) ou par voie postérieure suivant la technique préconisée par FRUCHAUD et BERNOU.

L'apicolyse avec plombage présente de nombreux inconvénients : l'élimination de la paraffine par la plaie opératoire, surtout fréquente dans l'apicolyse antérieure, la migration de la masse de paraffine de haut en bas ou vers la cavité pleurale, les hémorragies extrapleurales, la perforation du poumon par rupture d'adhérence insérée sur la paroi d'une caverne. Elle convient mieux d'ailleurs aux cavernes solitaires du sommet qu'aux lobites supérieures.

b, APICOLYSE SANS PLOMBAGE. — Tandis qu'un grand nombre de médecins et de chirurgiens étudiaient l'api-

(1) TUFFIER. — *C. R. des Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie de Paris*, 1910, p. 537.

colyse avec plombage, rares étaient ceux qui essayaient d'obtenir un affaissement du sommet pulmonaire par des résections costales, limitées en hauteur, mais étendues en largeur. C'est JACBOVICI (de Roumanie) qui entreprit la résection de la première côte par voie sus-claviculaire; puis BÉRARD et DESJACQUES étudièrent la résection des deux premières côtes par voie sus-épineuse. C'est cette méthode qu'ont modifiée et perfectionnée MM. PROUST et MAURER. L'extirpation des côtes est pratiquée par voie sus-épineuse et complétée par la résection des apophyses transverses. En perfectionnant leur technique ils ont réussi, par cette voie, l'extirpation totale de la première côte.

L'apicolyse sans plombage nous semble devoir être plus efficace que l'apicolyse avec plombage pour le traitement de la lobite supérieure droite; mais elle ne peut s'appliquer qu'à des lobites déjà rétractées dont la limite inférieure ne descend pas au dessous de la clavicule. MM. PROUST, MAURER et ROLLAND ont publié des observations de lobites supérieures droites traitées par apicolyse (1), l'intervention ne fut pas suffisante, il fallut la compléter par la thoracoplastie partielle supérieure.

2° Thoracoplastie partielle supérieure.

La thoracoplastie demeure la grande intervention de chirurgie pulmonaire qui peut, en définitive, guérir une lobite supérieure droite si elle présente les condi-

(1) PROUST, MAURER et ROLLAND. — L'apicolyse dans le traitement de la tuberculose pulmonaire (*Journal de Chirurgie*, février 1932, p 173 à 194).

tions que nous avons précisées. Mais il ne faut pas attendre pour la pratiquer que se soit développée une importante pachypleurite qui maintiendrait rigide la lésion et empêcherait le collapsus par rétraction.

Le plus souvent, quand on aura affaire à une lésion dont la tendance fibreuse aura été mise en évidence par la comparaison de plusieurs examens radiologiques, on pourra se contenter de l'exérèse des côtes supérieures. De même que le niveau de la limite inférieure est variable dans la hauteur du poumon, de même le nombre des côtes que l'on devra réséquer sera variable avec le niveau de cette limite inférieure. Il ne peut pas être donné d'indications techniques générales ; à chaque cas doit correspondre une intervention particulière, atteignant un plus ou moins grand nombre de côtes, nécessitant la résection des apophyses transverses ou leur conservation. Chaque intervention doit être étudiée spécialement de façon à réaliser suivant le mot de M. MAURER « un véritable modelage » propre à chaque cas particulier.

3° Thoracoplastie totale.

Si la lobite supérieure que l'on doit opérer ne présente qu'un minimum de signes de rétraction, si, surtout elle comporte en son centre une caverne particulièrement sécrétante, il pourra y avoir intérêt à pratiquer la thoracoplastie totale en commençant par les côtes inférieures.

La thoracoplastie, plus encore que la phrénicectomie ne saurait s'appliquer à tous les cas de lobite supérieure droite où le pneumothorax artificiel s'est révélé impos-

sible : elle permet simplement aux cas qui présentent naturellement une tendance à la sclérose de compléter la rétraction qu'empêchait l'adhérence du lobe supérieur à la paroi.

Il y a le plus grand intérêt à associer, lorsque l'un d'eux se révèle insuffisamment efficace, les différents procédés thérapeutiques que nous venons de décrire. Nous avons déjà vu comment une phrénicectomie peut compléter un pneumothorax artificiel précocement interrompu, comment le traitement aurique peut compléter un pneumothorax artificiel institué avec des lésions bilatérales légères, et comment il peut aussi, en stabilisant des lésions de propagation symétrique, être le prélude de l'institution d'un pneumothorax. Il peut aussi y avoir intérêt à compléter par la crisalbine l'action sclérosante qui se développe dans un poumon traité par phrénicectomie ou thoracoplastie et la phrénico-exérèse enfin peut être pratiquée préalablement à la réalisation d'une thoracoplastie dont elle constitue le premier temps. Toutes ces méthodes d'ailleurs voient augmenter leurs chances de succès lorsque le malade se trouve dans les meilleures conditions d'existence ; et la cure hygiéno-diététique, pour être devenue adjuvante, n'en demeure pas moins un facteur appréciable de la guérison.

Ainsi donc, comme les autres localisations, plus même peut-être, la lobite supérieure droite a largement bénéficié des magnifiques progrès qui ont enrichi la thérapeutique phtisologique et l'on peut, pour elle, conclure comme concluait M. DUMAREST pour toutes les

formes de tuberculose pulmonaire : « Le traitement local de la lésion tuberculeuse qui n'existait pas avant FOLIANINI dispose aujourd'hui de tout un clavier de moyens que vont encore étendre les nouvelles techniques de l'apicolyse. Il nous faut maintenant apprendre à bien jouer de ce clavier, à tirer pour nos malades le meilleur parti de ces ressources ».

OBSERVATIONS

Nous publions toutes observations sur lesquelles repose ce travail, mais d'une façon très succincte ; celles qui présentaient un intérêt particulier ont été développées au cours des chapitres précédents : nous les faisons figurer ci-dessous avec un astérisque.

* OBSERVATION I. — A... Gustave, 41 ans, manœuvre. Réformé en 1914 pour bronchite. Bronchites à répétition entre 1915 et 1927. Entre à l'hôp. Laënnec le 18 août 1927. L. S. D. à prédominance ulc.-cas. et quelques taches symétriques périhilaires. Mort le 8 sept. 1931.

* OBS. II. — A... Jeanne, 35 ans, couturière, gros rhume pendant l'hiver 1929-30 ; entre à l'hôp. Laënnec le 12 déc. 30, L. S. D. ulc. fibr. avec légère bilatéralisation périhilaire. Cure hygiéno-diététique. Mort le 15 nov. 31.

OBS. III. — B... Olga. 18 ans, dactylo. Entre le 18 juil. 28, salle Mosny. L. S. D. ulc. cas. P. A. créé le 3 août 28 et continué en cure libre. Mort en fin 1928.

OBS. IV. — B... Lucienne, 22 ans, s. p. A présenté une bronchite dans l'enfance et une pleurésie gauche en 1927. Entre le 27 mai 28 S. Mosny. L. S. D. ulc. cas. P. A. impossible. Mort le 4 juil. 28 (méningite tuberculeuse).

OBS. V. — B... Berthe, 24 ans, s. p. Congestion pulmon. entre le 20 mars 26, s. Mosny L. S. D. scléreuse et rétractile. P. A. impos. Part à Ivry. Résultat inconnu.

OBS. VI. — B... Léontine, 20 ans, s. p., a toussé et craché depuis une « pleurésie sèche ». Entre S. Mosny, enceinte de 6 m. le 12 oct. 29. L. S. D. ulc. fibreuse. Sort en déc. ayant refusé successivement P. A. et crisalbine. Bilatéralisation, cachexie. Mort le 1^{er} juin 30.

OBS. VII. — B... Yvonne, 26 ans, s. p. Entre S. Mosny le 2 juin 31 L. S. D. ulc. cas. P. A. créé le 2 juin. Va bien (15 sept. 32).

OBS. VIII. — C... Germaine, 21 ans, s. p. Entre le 1^{er} juin 25, enceinte de 8 m., S. Mosny L. S. D. ulc. fibr. ayant débuté par hémoptysie. Aggravation consécutive à accouchement le 19 juin 25. Mort le 1^{er} mai 26 (cachexie progressive).

OBS. IX. — C... Suzanne, 26 ans, couturière, A maigri de 17 kg., entre le 18 juin 25, S. Dieulafoy. L. S. D. ulc. cas, et aspect en mie de pain sous la clavicule gauche. Mort le 29 oct. 25.

OBS. X. — C... Antonin, 19 ans, entre S. Brissaud le 12 oct. 28 L. S. D. P. A. créé le 22 oct. et continué à Toulouse. Résult. inc.

OBS. XI. — C... Georges, 25 ans, représentant. Entre le 5 déc. 24, S. Louis, L. S. D. ulc. cas. Début pneumonique. P. A. créé le 11 déc. et continué à Brévannes. Mort en janv. 26. (cachexie).

OBS. XII. — C... Anne, 26 ans, papetière. A présenté plusieurs bronchites depuis mars 24. Entre, le 2 mars 25, S. Mosny. L. S. D. à début pneumonique. P. A. créé le 2 mars et continué en cure libre. Le 6 juin disparition des B. K., mais bilatéralisation ultérieure. Mort le 25 déc. 26.

OBS. XIII. — C... Yvette, 20 ans, s. p. a fait un séjour à Cambo et se présente au Disp. Léon Bourgeois le 16 déc. 29 L. S. D. ulc. cas. Affaiblissement progressif, cachexie. Mort le 29 mars 32.

OBS. XIV. — C... André, 21 ans, dessinateur. Tousse depuis un an. Entre S. Hanot le 12 mai 26. L. S. D. sort le 20 juin. Résult. inc.

OBS. XV. — C... Gilberte, 24 ans, couturière, Hémoptysie le 8 juin 27. Entre à l'hôp. Laënnec le 13 p. L. S. D. ulc. fibr. Résult. inc.

OBS. XVI. — C... Philomène, 32 ans, s. p. Entre S. Mosny le 15 janv. 30 L. S. D. à début pneumonique. P. A. créé le 30 janv. Section de bride le 12 juin 31. P. A. entretenu régulièrement. Va bien en mai 32. Plus de B. K.

OBS. XVII. — C... Juliette, 27 ans, employée, entre S. Mosny, le 29 août 29 L. S. D. ulc. cas. P. A. créé le 3 sept. Bilatéralisation ultérieure. Mort en juin 32.

OBS. XVIII. — C... Hélène, 21 ans, ouvrière. Entre, le 29 mars 28, S. Mosny. L. S. D. ulc. cas. P. A. créé le 29 mai 28. Symphyse progressive. P. A. cessé en juin 31, guérison clinique en juin 32.

* OBS. XIX. — D... René, 40 ans, manœuvre, entre S. Hanot le 10 avril 32. L. S. D. ulc. cas. évoluant depuis 10 ans avec lésions disséminées aux lobes inférieurs. Mort 14 avril 32.

OBS. XX. — D... Antoine, 16 ans écailliste. Rhumes fréquents. Entre le 25 sept 25. S. Hanot. L. S. D. pneumonique. P. A. créé le 2 oct. 25 continué à Brévannes. Bilatéralisation. Cachexie. Mort.

OBS. XXI. — D... Clovis, 25 ans, employé. Tousse et crache depuis un mois; entre, le 31 août 26, S. Hanot. L. S. D. ulc. cas. P. A. créé le 6 sept. et continué à Brévannes. Abandon pour symphyse en 1928. Revu en 1931, Va bien; plus de B. K. Travaille.

OBS. XXII. — D... Léone, 16 ans, s. p. Entre, le 16 juil. 25, S. Mosny. L. S. D. fibreuse. Bilatéralisation. Mort le 3 avril 26.

OBS. XXIII. — D... André, 19 ans, secrétaire, grippe en 1918, entre S. Brissaud le 4 avril 25. L. S. D. ulc. fibreuse. P. A. créé le 8 avril. Disparition des B. K. en août 25. Revu en 1931. Guérison clinique.

OBS. XXIV. — D... Marcelle, 23 ans, couturière, entre à l'hôp. Laënnec le 19 mai 26. L. S. D. ulc. fibreuse. Revue en 1931; bilatéralisation. Evolution ultérieure inconnue.

OBS. XXV. — E... Simone, 23 ans, s. p. Tousse depuis mai 27, entre, le 16 juin 28, S. Dieulafoy. L. S. D. ulc. cas. P. A. créé le 30 juin. Bilatéralisation. Cachexie. Mort en sept. 30

OBS. XXVI. — F... Antoinette, 22 ans, vendeuse, grippe en 1918; entre, le 16 déc. 29, S. Dieulafoy. L. S. D. ulc. cas. P. A. créé le 20 déc. Mort le 18 fév. 30.

OBS. XXVII. — F... Georges, 53 ans, garçon de magasin;

entre à l'hôp. Laënnec le 14 fév. 25. L. S. D. ulc. cas. Bilatéralisation en juil. 25. Mort en août 28,

OBS. XXVIII — F... Hélène, 53 ans, manutentionnaire. Ethylique. Entre S. Mosny le 13 juil. 31. L. S. D. ulc. fibr. P. A. créé le 23 juil. Mort en déc. 31.

OBS. XXIX — G... Léon, 28 ans, chauffeur. Entre, le 21 déc., 30 à l'hôp. Laënnec à début pleuro-pulmonaire. P. A. impos. Amélioration. Revu en juin 32. Va bien. Plus de B. K.

OBS. XXX. — G... Adrienne, 29 ans, entre S. Mosny le 23 sept. 29. L. S. D. ulc. fibr. P. A. créé le 26 sept. 29 et continué au Disp. L. B. Va bien.

OBS. XXXI. — G... Rose, 45 ans, ménagère. Tousse depuis 6 m. ; entre S. Dieulafoy le 26 nov. 25. L. S. D. ulc. fibr. P. A. créé le 11 déc. Mort à Brevannes.

OBS. XXXII. — P... Geneviève, 26 ans, dactylo. Entre S. Mosny le 20 janv. 30. L. S. D. ancienne ulc. fibreuse. P. A. créé le 31 janv. 30 et continué du Disp. L. B. Va bien.

OBS. XXXIII. — Q... Henri, 56 ans, chauffeur. Entre à l'hôp, Laënnec le 15 juin 31. L. S. D. ulc. cas Crisalbine. Résult. inc.

OBS. XXXIV. — R... Angélique, 27 ans, s. p. fatiguée à la suite de fausses-couches ; entre, le 24 juin 29, S. Mosny. L. S. D. ulc. cas. avec taches pérililaires gauches P. A. créé le 24 juin. Mort à Brevannes le 12 fév. 32 (Hémoptysie).

OBS. XXXV. — R... Marie, 44 ans s. p. Ethylique. Fatiguée depuis 6 m. entre, le 11 sept. 28, S. Mosny. L. S. D. ulc. cas. P-A. créé le jour même. Mort en 1929.

OBS. XXXVI. — S... Clotide, 28 ans, domestique. Entre S. Dieulafoy le 3 août 25. L. S. D. ulc. cas et légère bilatéralisation I. C. H. Aggravée à Brevannes. Mort en juin 27.

OBS. XXXVII. — S... Lucienne, 18 ans, f. de chambre. Grippe en 1918. Tousse et crache depuis fév. 28. Entre à l'hôp. Laënnec le 12 juil. L. S. D. pneumonique excavée. P. A. créé le 30 juil. Mort en 1929.

OBS. XXXVIII. — T... Paul, 25 ans, chauffeur. Plusieurs hémoptysies légères. Entre, le 25 juin 27. S. Brissaud. L. S. D. ulc. fibr. Parti à Brevannes Résult. inc.

OBS. XXXIX. — T... Juliette, receveuse, 36 ans, Pleurésie à 8 ans. Entre, le 16 fév. 28, S. Dieulafoy L. S. D. pneumonique.

P. A créé le 28 fév., abandonné par symphyse. Mort en 1928.

Obs. XL. — V... Angéline, 23 ans, soudeuse. Bronchite (?) Entre le 22 août 28 à l'hôp. Laënnec L. S. D. ulc. fibr. P. A. crée le 30 août. Résult. inc.

Obs. XLI. — Le F... Marguerite, 30 ans, concierge. Hémoptysie, entre le 19 oct. 31, S. Mosny. L. S. D. ulc. cas. P. A. créé le 23 oct. et entretenu au Disp. L. B. Va bien. Plus de B. K.

Obs. XLII. — L. . Geneviève, 19 ans, dactylo. Crachats sanglants. Vue au Disp. L. B. le 11 mars 29. L. S. D. fibreuse. Repos à la campagne, guérison clinique depuis sept. 29.

Obs. XLIII. — L... Henriette, 30 ans, s. p. Entre à l'hôp. Laënnec le 5 juin 28. L. S. D. ulc. cas. P. A. impos. Phrénic. le 26 juil. 28. Bilatéralisation. Mort debut 1929.

Obs. XLIV. — L... Mayolannic, 22 ans, s. p. Tousse depuis 3 m. Entre le 3 juin 25 à l'hôp. Laënnec. L. S. D. ulc. cas. P. A. impos. évolution inc.

Obs. XLV. — L... Marguerite, 16 ans, brodeuse. Bronchite en mai 29. Entre le 23 août 29 à l'hôp. Laënnec. L. S. D. ulc. cas. P. A. imposs. Part à Brévannes. Mort le 5 déc. 31.

Obs. XLVI. — M... Jeanne, 38 ans, institutrice. Entre le 15 nov. 27, S. Mosny L. S. D. ulc. cas. P. A. créé le 19 nov. 27. Cessé délibérément en nov 31, guérison clinique maintenue en juin 32.

Obs. XLVII. — N... Yvonne, 18 ans, dactylo. Entre le 11 nov. 25, S. Mosny. L. S. D. ulc. fibreuse. P. A. le 26 nov. Cessé fin 1927, guérison clinique maintenue en 1931.

Obs. XLVIII. — M. . Madeleine, 27 ans, ménagère. Congestions pulmon. en sept. 27 et déc. 28. Entre le 15 janv. 31, S. Mosny. L. S. D. ulc. cas. P. A. impos. Evolution inc.

Obs. XLIX. — M... Georges, 20 ans, assureur. Hémoptysie. Entre le 26 mai 31, S. Brissaud L. S. D. ulc. cas. P. A. créé le 8 mai. Puis crisalbine. Suivi au Disp. L. B. Amélioré.

Obs. L. — M... Berthe, 23 ans, manutentionnaire, entre à l'hôp. Laënnec le 8 mai 28, L. S. D. pneumonique P. A. impos. Phrénic. le 21 août 28. Part à Brévannes. Mort le 5 juil. 29.

Obs. LI. — M... J. B., 24 ans, chaudronnier. Bronchites. Entre à l'hôp. Laënnec le 30 mars 25, L. S. D. ulc. cas. Mort,

OBS. LII. — M... Pierre, 21 ans, Boucher. Pleurésie à 7 ans. Bronchites Entre S. Hanot le 7 mars 31. L. S. D. ulc. cas. P. A. créé le 20 avril et entretenu au Disp. L. B. Va bien.

OBS. LIII. — G... Emilie, 22 ans, ménagère ; entre S. Mosny le 7 juil. 25. L. S. D. pneumonique. P. A. créé le 24 juil. Résult. inc.

OBS. LIV. — G... Oscar, 47 ans, forain, Tousse depuis l'âge de 20 ans. Entre le 8 août 27 à l'hôp. Laënnec. L. S. D. ulc. fibr. Résult. inc.

OBS. LV. — G... François, 23 ans, tanneur. Entre le 17 mai 28 à l'hôp. Laënnec. L. S. D. ulc. cas avec quelques taches dans la région I. C. H. gauche. Crisalbine. Mort le 20 août 30 (cachexie).

OBS. LVI. — G... Maurice, 18 ans, mécanicien aux P. T. T. Début insidieux. Entre le 25 nov. 29. S. Brissaud L. S. D. fibreuse. P. A. créé le 10 nov. puis crisalbine. Suivi au Disp. L. B. Amélioré.

OBS. LVII. — H... Marius, 53 ans, fleuriste. Intoxiqué par gaz en 1918. Bronchites depuis. Entre le 17 mars 30 à l'hôp. Laënnec. L. S. D. ulc. cas. P. A. impos. crisalbine. Résult. inc.

OBS. LVIII. — H... Emile, 32 ans, mécanicien. Tousse depuis 3 m. Entre le 17 juin 25. S. Brissaud. L. S. D. fibreuse. Evolution inc.

OBS. LIX. — I... Berthe, 40 ans, professeur. Entre le 12 juil. 28 S. Mosny. L. S. D. ulc. cas. et lésions symétriques périhilaires. Mort le 9 oct. 28.

OBS. LX. — J... Louise, 20 ans, cartonnrière. Entre S. Dieulafoy le 26 nov. 28. L. S. D. ulc. cas. et lésions gauches I. C. H. Mort.

OBS. LXI. — K... Sara, 31 ans, couturière. Hémoptysies. Entre le 19 janv. 24 à l'hôp. Laënnec. L. S. D. ulc. fibr. P. A. créé le 25 janv. Résult. inc.

OBS. LXII. — Le D..., Louise, 49 ans, ménagère. Bronchite. Entre, le 3 déc. 29, S. Mosny. L. S. D. ulc. cas. P. A. créé le 20 janv. 30. Résult. inc.

OBS. LXIII. — V... Marie, 21 ans, s. p. Entre, le 7 sept. 28, S. Mosny. L. S. D. ulc. fibreuse. P. A. créé le 28 sept. Bilatéralisation, grossesse. Très mauvais état en juil. 32.

OBS. LXIV. — B... Blanche, 25 ans, couturière. Bronchites. Entre, le 8 déc. 25, S. Dieulafoy, L. S. D. fibr. P. A. créé le 18 déc. Résult. inc.

OBS. LXV. — P... Robert, 18 ans, employé de banque. Coryzas fréquents. Entre, le 7 mars 28, S. Hanot L. S. D. ulc. cas. P. A. créé le 17 juin. Mort le 11 fév. 29 (affection intercurrente).

OBS. LXVI. — C... Marie, f. de chambre. Tousse depuis 3 m. Entre le 1^{er} mai S. Mosny. L. S. D. ulc. cas. et image lacunaire sous la clavicule gauche. P. A. créé le 18 mai. Section de bride en sept. 31. Liquide en janv. 32. Améliorée. Plus de B. K. (juillet 32).

*OBS. LXVII. — D... Suzanne, 22 ans, s. p. Bronchites. Entre, le 14 déc. 31, S. Mosny. L. S. D. ulc. cas. P. A. créé le 18 déc. 31. Section de bride le 5 mars 32. Revue en mai 32. Bon état général. Apyrexie. Plus de B. K.

*OBS. LXVIII. — A... Gabriel, 27 ans, mécanicien. Tumeur blanche du genou droit. Entre le 31 oct. 31, S. Hanot L. S. D. ulc. cas. et hydro-pneumothorax spontané à gauche. Mort le 2 nov. 31.

OBS. LXIX. — L... Nadarie, 34 ans, employée de ministère. Bronchite. Vue le 1^{er} fév. 32 au Disp. L. B. — L. S. D. ulc. fibreuse. P. A. conseillé. Résult. inc.

OBS. LXX. — L... Marius, 41 ans, journaliste. Tumeur blanche du genou. Congestion pulmon. à 25 ans, grippe à 26 ans (1918). Vu au Disp. L. B. le 30 janv. 32. L. S. D. ulc. fibr. et lésions symétriques apicales et parahilaires. Crisalbine. Amélioré.

OBS. LXXI. — B. . Robert, 16 ans, ajusteur, entre le 27 mai 26 à l'hôp. Laënnec. L. S. D. ulc. cas. et lésions péri-hilaires gauches. Large bilatéralisation ultérieure. Mort le 9 oct. 27.

*OBS. LXXII. — Th... Aimée, 31 ans. Broncho-pneumonie en mai 29. Entre le 30 oct. S. Mosny. L. S. D. ulc. fibr. P. A. abandonné par symphyse. Phrénicectomie le 13 fév. 32. Améliorée.

OBS. LXXIII. — N... Jeanne, 25 ans, f. de chambre. Tousse depuis 3 m. Entre S. Mosny le 10 nov. 25. L. S. D. ulc. fibreuse et lésions symétriques du sommet. P. A. impos. Crisalbine. Mort le 20 nov. 28.

Obs. LXXIV. — P... Maurice, 30 ans, employé de banque. Hémoptysie. Vu au Disp. L. B. le 1^{er} mai 26. L. S. D. ulc. cas, et taches du lobe sup. gauche. Cure sanatoriale. Très amélioré B. K. + (juil. 31).

Obs. LXXV. — P... Marguerite, 27 ans, tailleuse. Episode fébrile en sept. 29. Entre à l'hôp. Laënnec le 6 nov. 29. L. S. D. ulc. cas. Evolution inc.

Obs. LXXVI. — P... Marthe, 16 ans, s p Hémoptysie. Entre le 16 mars 25 à l'hôp. Laënnec. L. S. D. ulc. cas. P. A. refusé. Mort en 1927.

Obs. LXXVII. — P... Andrée, 25 ans, employée de banque. Coqueluche en 1925. Entre, le 26 mai, S. Dieulafoy. L. S. D. fibreuse homogène. P. A. créé le 18 mai. Guérie. Mariée. Grossesse sans complications en 1930.

Obs. LXXVIII. — P... Julie, 43 ans, ménagère. Hémoptysie. Entre, le 8 mars 24, S. Quesnay. L. S. D. ulc. fibr. P. A. créé le 1^{er} avril 24 puis abandonné. Résult. inc.

Obs. LXXIX. — P... Alice, 16 ans, manutentionnaire. Bronchite. Entre le 16 avril 26 à l'hôp. Laënnec. L. S. D. ulc. cas. crisalbine. Mort en 1927.

Obs. LXXX. — P... Gérald, 16 ans, employé de banque. Episode aigu en janv. 31. Entre le 23 mai à l'hôp. Laënnec. L. S. D. ulc. cas. P. A. puis crisalbine. Amélioré en sana.

Obs. LXXXI. — P... Geneviève, 24 ans, vendeuse. Episode aigu en juin 25. Entre en juil. S. Mosny. L. S. D. ulc. cas. P. A. créé le 8 août 25. Bilatéralisation. Décès le 25 juil. 26.

Obs. LXXXII. — P... Marius, 21 ans. Congestion pulmon. Entre, le 27 avril 31, S. Brissaud. L. S. D. ulc. cas. P. A. créé le 11 avril. Amélioration pulmonaire. Plus de B. K. Pleurésie purulente. Mort le 14 juin 32.

Obs. LXXXIII. — L... René, 31 ans, rectifieur. Bronchite. Entre, le 21 janv. 30, S. Hanot. L. S. D. ulc. cas. P. A. impos. Phrénicect. le 20 février 30. Etat stationnaire en 1932. B K +.

*Obs. LXXXIV. — Y... Marc., 23 ans, ajusteur. Bronchite, puis hémoptysie. Entre, le 26 déc. 31, S. Brissaud. L. S. D. ulc. cas. P. A. créé le 1^{er} janv. 32. Mort le 17 avril 32.

Obs. LXXXV. — F... Suzanne, 23 ans, cartonnrière. Entre, le

18 janv. 32, S. Mosny. L. S. D. ulc. cas. P. A. créé le 19 janv. Suivie au Disp. L. B. améliorée. P. A. en cours.

Obs. LXXXVI. — L... Germaine, 22 ans, couturière. Pleurésie en 1928. Entre, le 18 juin 31, S. Dieulafoy. L. S. D. ulc. cas. Refuse le P. A. Extension des lésions. P. A. créé le 14 oct. 31. En cours.

Obs. LXXXVII. — L... Madeleine, 16 ans, entre, le 16 avril 28, S. Dieulafoy. L. S. D. ulc. cas. P. A. créé le 3 mai. Séjour à Bligny. Bilatéralisation en mai 30. P. A. double le 20 mars 31. Améliorée.

Obs. LXXXVIII. — A... Edouard, 17 ans, tourneur. Entre, le 28 fév. 22, S. Chomel. L. S. D. ulc. fibreuse. P. A. institué en mars. Cessé délibérément en 1930. Guérison clinique maintenue en 1932.

Obs. LXXXIX. — R... Denise, 17 ans, étudiante. Coqueluche et broncho-pneumonie en 1920. Entre, le 18 juin 24 à l'hôp. Laënnec. L. S. D. ulc. cas. Amélioration. Récidive *in situ* en 1932.

Obs. XC. — F... Alice, 25 ans, boulangère. Grippe en mai 25. Entre S. Dieulafoy le 21 juin 25. L. S. D. ulc. fibr. P. A. créé le 19 juil. continué à Angicourt. Abandonné en mai 28. Guérison clinique maintenue en mai 1932.

Obs. XCI. — Le C... Casimir, 36 ans, garçon de magasin. Grippe en 1924. Entre, le 16 mai 25, S. Brissaud. L. S. D. ulc. cas. P. A. créé le 22 mai, disparition des B. K. en nov. 25. P. A. cessé en 1927 (pleurésie adhésive). Très amélioré en juin 31. Plus de B. K.

Obs. XCII. — B... Jean, 17 ans, cheminot, grippe en 1918. Paratyphoïde en 1921. Entre, le 16 février 23 S. Louis. L. S. D. ulc. cas. P. A. créé en fév. 23, cessé en mai 26 (symphyse) guérison clinique maintenue en janv. 32. Plus de B. K.

Obs. XCIII. — P... Camille, 46 ans, garçon de recettes. Début progressif en nov. 25. Entre à l'hôp. Laënnec, le 20 fév. 32. L. S. D. ulc. cas. et lésions symétriques péri-hilaires. Crisalbine. Mort.

Obs. XCIV. (Dr Aubriet-Wolf). — J... Adrien, 27 ans, Bronchite à 2 ans. Entre au sana de Villiers-s-Marne, le 5 nov. 31,

L. S. D. fibreuse. P. A. créé le 1^{er} mars. Amélioré en avril 32.
B. K.

Obs. XCV. (D^r Aubriet-Wolf). — A... Francisque, 33 ans, comptable. Adénite cervicale. Entre à Villiers le 26 août 31. L. S. D. ulc. cas. traitée par P. A. Section de bride le 19 fév. 32. Amélioré.

Obs. XCVI. (D^r Aubriet-Wolf). — S... Jean, 22 ans, manipulant des P. T. T. Bronchites. Entre à Villiers le 13 janv. 32. L. S. D. ulc. fibreuse. P. A. impos. Mort en mai 32.

Obs. XCVII. (D^{rs} Aubriet et Bocquet). — Ch.. André, 22 ans, postier. Entre à Villiers le 10 oct. 31. L. S. D. ulc. fibr. avec lésions symétriques apicales. Crisalbine. Amélioré avr. 32.

Obs. XCVIII (D^r Aubriet-Wolf). — D... René, 29 ans, manœuvre. Hémoptysies. Entre à Villiers le 28 oct. 31. L. S. D. fibreuse et légères lésions sous-claviculaires gauche. Cure hygiéno-diét. Etat stationnaire.

Obs. XCIX. (D^r G. Aubriet). — Le S.. Léon, 51 ans, contrôleur des P. T. T. Hémoptysies. Examiné au disp. au Havre le 25 janv. 32. Pneumo créé le 27 janv. pour L. S. D. fibreuse. Va bien (avr. 32).

Obs. C. (D^r Bocquet). — Le T... Yves, 20 ans, surnuméraire des P. T. T. Entre à Villiers le 25 janv. 32. L. S. D. ulc. fibr. P. A. impos. Etat stationnaire en avril 32.

Obs. CI. (D^r Aubriet-Wolf). — C... Abdon, 50 ans, cantonnier de Paris. Grippe et bronchites. Entre à Villiers le 10 août 31. L. S. D. ulc. cas. cure hygiéno-diét. Très amélioré en mars 32. Plus de B. K.

Obs. CII. (D^{rs} Batier et Bocquet). — D... Jean, 48 ans, téléphoniste. Entre au sana de Montfaucon en juin 31. L. S. D. fibreuse et lésions péri-hilaires gauches légères. A Villiers en avr. 32. état stationnaire.

Obs. CIII. (D^r Le Gourd). — D... Emile, 36 ans, ébarbeur. A fait de la pleurite en mai 29. Entre à Villiers le 26 janv. 31. L. S. D. à plaque homogène. Crisalbine. Aucune modification.

Obs. CIV. — (D^r Le Gourd) R... Jean, 31 ans, menuisier. Tousse depuis nov. 30. Entre à Villiers le 29 janv. 31. L. S. D. fibro-cas. traitée par P. A. Amélioré en avril 32.

Obs. CV. (D^r Madeleine). — P... Jean, 29 ans, manœuvre. Hé-

moptysie brutale arrêtée par P. A. hémostatique en juil. 25. Entre à Villiers le 22 janv. 31. L. S. D. ulc. fibr. Amélioré en avr. 32.

OBS. CVI (Dr Le Gourd). — M... Marcel, 32 ans, menuisier. Entre à Villiers le 16 nov. 31. L. S. D. ulc. fibreuse. Aggravé en avril 32.

OBS. CVII (Dr Le Gourd). — D... Marcel, 22 ans, couvreur. Congestion pulmon. en avril 30. Entre à Villiers le 21 oct. 31. L. S. D. traitée par P. A. Etat stationnaire en avril 32.

OBS. CVIII (Dr Le Gourd) G... Charles, 44 ans, Wattmann. Grippe en 1918. Entre à Villiers le 31 mars 22. L. S. D. fibreuse. Stationnaire en avril 32.

OBS. CIX (Dr Madeleine). — C... Paul, 23 ans, répétiteur. Entre à Villiers le 2 sept. 30. L. S. D. fibro-caséuse. Guérison clinique en fév. 32.

OBS. CX (Dr Le Gourd). — C... Adolphe, 38 ans, chauffeur. Passé pulmonaire chargé. Entre à Villiers le 22 déc. 30. L. S. D. ulc. fibreuse. Crisalbine. Sclérose rétractile.

OBS. CXI (Dr Madeleine). — C... Achille, 18 ans, employé de bureau. Entre à Villiers le 24 juin 31. L. S. D. ulc. cas. Crisalbine. Stationnaire en avril 32.

OBS. CXII (Drs Le Gourd et Aubriet). — S... Jean, 48 ans, serrurier. Entre à Villiers le 1^{er} juil. 31. L. S. D. ulc. cas. stationnaire en avril 32.

OBS. CXIII. — W... Georges, 17 ans, perceur. Entre S. Brisaud le 21 mai 26. L. S. D. ulc. fibr. P. A. créé le 3 juin 26. Cessé délibérément en sept. 27. Récidive contro-latérale en 1929.

OBS. CXIV. — G... Roger, 27 ans, doreur. Entre à l'hôp. Laënnec le 16 sept. 27. L. S. D. ulc. cas. Crisalbine. Evidement lobaire presque total en juil. 32.

OBS. CXV. D... Catherine, 35 ans, concierge. Entre à l'hôp. Laënnec le 25 mars 29. L. S. D. ulc. cas. et lésions symétriques améliorées par crisalbine. P. A. à La Tuylle le 2 déc. 29. Amélioration progressive plus de B. K (août 32).

OBS. CXVI. — D... Henri, 43 ans, chauffeur. Broncho-pneumonie. Entre le 10 nov. 28 à l'hôp. Laënnec. L. S. D. ulc. cas. Bilatéralisation. Très mauvais état général (mai 32).

* OBS. CXVII. — J... Lucienne, 25 ans, découpeuse. Présente en

mai 29. L. S. D. fibro-caséuse avec qq. lésions symétriques dans la région I. C. H. Crisalbine. Guérison maintenue en mai 32.

* OBS. CXVIII. — F... Louis, 44 ans, marchand ambulant. Réformé en 1916 p. laryngite chronique. Présente en août 29. L. S. D. ulc. fibr. Crisalbine. Guérison par sclérose rétractile (fév. 32).

OBS. CXIX. — K... Marguerite, 25 ans, téléphoniste. Présente le 20 déc. 28, L. S. D. ulc. fibr. Crisalbine Améliorée en mai 32.

OBS. CXX (Dr Eschbach). — B... Denise, 22 ans, présente en janv. 26 L. S. D. fibro-cas. P. A. contro-électif. Bilatéralisation. Mort en fév. 27.

OBS. CXXI (Dr Eschbach). — D... Pierre, 19 ans, présente en janv. 29. L. S. D. fibro-cas. P. A. bilatéralisation, cachexie. Mort déc. 29.

OBS. CXXII (Dr Eschbach) — B... Estelle, 30 ans, présente le 15 sept. 27 L. S. D. ulc. cas. P. A. électif, décès en sept. 30.

OBS. CXXIII (Dr Eschbach). — G... 20 ans. Présente en janv. 27 L. S. D. fibro-cas. P. A. guérison par sclérose rétractile (1931).

* OBS. CXXIV. — Fl... Suzanne, 23 ans, dactylo. Antécédents pulmonaires chargés. Entre S. Mosny le 11 mars 32. L. S. D. ulc. cas. P. A. impos. Crisalbine. Amélioration. tendance à la sclérose (juin 32).

CONCLUSIONS

De l'étude des 124 observations de lobite supérieure droite tuberculeuse que nous avons réunies, nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

I. — Le terme de lobite supérieure droite s'applique aux lésions ayant envahi, d'emblée ou progressivement la totalité du lobe ; cette définition différencie la lobite de la sus-scissurite et des lésions isolées dans le lobe supérieur avec ou sans limite inférieure nette.

La lobite supérieure droite se rencontre dans 4 % environ des cas de tuberculose pulmonaire, et plus fréquemment chez la femme que chez l'homme.

II. — Cette localisation tuberculeuse ne constitue pas une entité anatomo-clinique, et les caractères qui l'individualisent proviennent de la topographie des lésions.

III. — L'examen radioscopique seul, avec les variations d'incidence que produit le déplacement de l'ampoule, permet d'en affirmer le diagnostic.

IV. — Son évolution est celle des diverses formes anatomo-pathologiques de la tuberculose pulmonaire chronique de l'adulte ; tantôt les lésions sont à prédominance ulcéro-fibreuse et tantôt elles sont à prédominance ulcéro-caséuse.

V. — Traitée précocement par le pneumothorax artificiel, la lobite supérieure droite guérit fréquemment ; abandonnée à elle-même, elle peut guérir spontanément par sclérose rétractile ; mais, le plus souvent, après une période variable de stabilisation, elle s'étend sous forme de lésions nodulaires qui irradiant à partir du hile opposé et aboutissent à la mort.

Vu, le Doyen
BALTHAZARD

Vu, le Président de la thèse
LÉON BERNARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Nous n'indiquons, ici, que les références des travaux parus depuis 1924 : la bibliographie antérieure à cette date se trouve dans la thèse de L. BÉTHOUX.

ANCHEL James. — Les formes pseudo-tuberculeuses du cancer du poumon (*Thèse Paris*, 1929).

ANDRÉ J. — A propos de la lobite apicale droite (*Revue belge de la Tuberculose*, septembre-octobre 1929).

ARIS Paul. — Contribution à l'étude des tuberculoses lobaires (*Thèse Paris*, 1924).

BERNARD Léon. — La lobite supérieure droite et les lobites tuberculeuses (*Sud médical et Chirurgical*, 15 septembre 1929, pp. 2572-2576).

BERNARD Léon. — Les débuts et les arrêts de la tuberculose pulmonaire, Masson, Edit. Paris, 1931.

BERNARD Léon, LELONG Marcel et Mlle RENARD. — Essai de synthèse pathogénique des localisations de la tuberculose pulmonaire chronique (*Société Anatomique*, séance du Centenaire, 16 décembre 1926).

BERNARD Léon et POIX Gaston. — La Phrénicectomie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire (*Presse médicale* 11 février 1931).

BERNARD Léon, de POTTERS et THOMAS. — Sommets tuberculeux et sclérose pulmonaire non évolutive (*Presse médicale*, 11 juillet 1925).

BERNOU André. — De l'extension des lésions tuberculeuses

des lobes supérieurs (*Sect. d'études Scient. de l'œuvre de la Tub.* séance du 9 novembre 1929).

BERNOU André. — De l'apicolyse avec plombage (*Gazette Médicale de Nantes* 1^{er} juillet 1932, pp. 328-342).

BERNOU et CARDIS. — A propos des thoracoplasties partielles supérieures (*Sect. d'études scient. de l'œuvre de la Tub.* séance du 12 mai 1930).

BÉTHOUX Louis. — La lobite supérieure, localisation de tuberculose pulmonaire (*Thèse Paris*, 1924. *Arnette*, éd.).

BLECHMANN J., KINDBERG LÉON et COTTENOT. — Lobite avec caverne chez un enfant de 6 mois, action favorable du pneumothorax artificiel et des injections d'huile étherée (*Soc. de Pédiatrie*, 24 février 1931).

BEZANÇON Fernand, ROUSSY, OBERLING et DELARUE. — Les formes anatomiques de la tuberculose du poumon. Essai de classification (*Presse méd.*, 13 juillet 1932, pp. 1093-1097).

BOCQUET André. — La cessation et les résultats du pneumothorax artificiel (*Thèse Paris*, 1932. *Arnette*, éd.).

BRIEGER Ernst. — Die differentialdiagnose der algesachten Pleuritis und Lappenrandinfiltrates bei Lungentuberkulose (Le diagnostic différentiel de la pleurésie enkystée et de l'infiltrat lobaire de bordure) (*Zetisch für Tuberk*, 1928, pp. 337-348).

BRULÉ et LIÈVRE. — Lobite et scissurite tuberculeuse du lobe azygos (*B. et M. Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 19 octobre 1931, pp. 1480-1485).

DE CASTRO. — La genèse phrénique de la basculation permanente de l'interlobe (*Archives médico chirurgicales de l'appareil respiratoire*, 1931, pp. 414-421).

CZYLAŃZ Ernest. — Bemerkungen zur Lehre der Lungenspitzen-tuberkulose (Remarques sur l'étude de la tuberculose des sommets du poumon) (*Wiener Med. Wochenschrift*, 2 février 1929, pp. 173-174).

DEBRÉ et MIGNOT. — Sur les images radiologiques du lobe azygos et de la scissure azygos (*B. et M. Soc. méd. des Hôp.*, 23 octobre 1931).

DELILLE Armand et LESTOCQUOY. — Contribution à l'étude des caractères radiologiques et anatomiques de la lobite tuber-

culeuse chez l'enfant (*B. et M. Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 2 décembre 1927).

DELORE Georges. — De la bénignité relative de la localisation purement apicale de la tuberculose pulmonaire (*Thèse Lyon*, 1932).

DUMAREST F. — Le traitement des cavernes du lobe supérieur (*Archives médico-chirurgicales de l'appareil respiratoire*, 1930, n° 6).

DUMAREST F. — La phrénicectomie chez les tuberculeux, son mode d'action et ses indications (*Revue de Phthisiologie*, 1932, pp. 379-394).

DUFOUR et BOUQUIN. — Lobite et scissurite azygos (*Soc. Méd. des Hôp. de Lyon*, 28 juin 1932).

GABRIELLE H. — Le canal thoracique ; étude anatomique et expérimentale (Gauthier, édit., 1925).

GÉNÉVRIER J. — Effacement rapide d'une lobite tuberculeuse après phrénicectomie (*Sect. d'études scient. de l'œuvre de la Tub.*, 12 avril 1930).

GESTI J. — Warum beginnt die chronische Lungenschwindsucht meist in den rechten Lungenspitzen (Pourquoi la tuberculose pulmonaire chronique commence, le plus souvent, au sommet du poumon droit (*Banen Beitrage*, 19 janvier 1925, p. 276).

HANKE. — Traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire circonscrite du lobe supérieur (*Archiv. für Klinische Chirurgie*, 19 septembre 1931).

HELMUTH. — Die Bedeutung der Bronchographie für die Differentialdiagnose Oberlappentuberkulose oder Bronchiectasien in Oberlappen (La valeur de la bronchographie pour le diagnostic différentiel de la tuberculose du lobe supérieur et la dilatation des bronches localisée à ce lobe) (*Zeisch. für Tuberk.*, 1929, pp. 299-304).

JANNERET René. — Note sur le lobe accessoire de la veine azygos (*Journal de Leysin*, août 1930).

LAMBERT DE CURSAY (Mlle). — Etude sur la lobite tuberculeuse de l'adulte (*Thèse Paris*, 1926).

LE BOURDELLÈS et JALET J. — Les aspects radiologiques de la scissure et du lobe azygos dans la tuberculose pulmonaire (*Presse médic.*, n° 89, 7 novembre 1931).

LE BOURDELLÈS B. et JALET J. — Contribution à l'étude des lésions tuberculeuses de la scissure et du lobe azygos (*Sect. d'études scient. de l'œuvre de la Tub.*, séance du 12 décembre 1931).

LE BOURDELLÈS B. et JALET J. — Sur les réactions de la scissure cardiaque (*Soc. de Méd. milit. française*, 21 juillet 1932).

LE BOURDELLÈS B. et JALET J. — La tuberculose du lobe azygos (*Bibliothèque de Phthisiologie*, Masson édit., Paris, 1932).

LESTOCQUOY Charles. — La lobite tuberculeuse de l'enfant (*Pratique méd. française*, février 1928, pp. 76-81).

LETULLE Maurice. — Les conceptions anatomiques actuelles de la tuberculose pulmonaire (*Soc. anatomique*, séance du Centenaire, 16 décembre 1926. *Annales d'Anat. path.*, 1926, pp. 881-915).

LORION. — Remarques sur la lobite tuberculeuse supérieure droite (*Strasbourg médical*, 5 août 1930).

MACKMULL Guilden. — The relation of anatomical variations to physical diagnosis. The physical signs incident to an accessory pulmonary lobe (azygos lobe) (La relation des variations anatomiques avec les signes stéthacoustiques. Signes physiques concernant le lobe azygos) (*The American Rev. of Tub.*, septembre 1930, pp. 286-291).

MAS J. F. et PIAGGIO B. R. — Algunas consideraciones anatomoradiológicas sobre la lobita media (Quelques considérations anatomo-radiologiques sur la lobite moyenne) (*Revista medica latino americana*, mars 1930, p. 771).

MILLER James Alexander et OSWALD Jones. — Primary carcinoma of the lung (Cancer primitif du poumon) (*The americ. Rev. of. Tub.*, janvier 1930, pp. 1 à 69).

NAVARRO Antonio. — Lobulitis medio Tuberculosa (Tuberculose du lobe moyen) (*Revista del circulo medico de Cordoba*, 1930, p. 129).

NEUMANN. — Der Azygoslappen in Röntgentbild (Le lobe de l'azygos sur les clichés radiologiques) (*Zeisch. für Tub.*, 1929, pp. 122-124).

OKONOMOPOULO. — Die Einwirkung der Künstlichen Zwerchfällung bei isolierten Prozessen eines Oberlappens (L'action de la paralysie artificielle du diaphragme en cas de processus isolé

d'un lobe supérieur) (*Beiträge zur Klinik der Tub.*, 1929, pp. 442-445).

PROUST, MAURER et ROLLAND. — L'apicolyse dans le traitement de la tuberculose pulmonaire (*Journ. de Chirurgie*, février 1932, pp. 173-194).

PRUVOST Pierre. — Tuberculose pulmonaire, tuberculose des séreuses (Doin édit., Paris 1927).

PERRET-GENTIL. — La valeur thérapeutique de la phrénicectomie dans les lésions apicales (*Thèse Neuchatel*, 1927).

RIBADEAU-DUMAS L. et DEBRAY J. — Les pneumonies tuberculeuses du nourrisson (*Sect. d'études scient. de l'œuvre de la Tub.*, 13 juin 1925).

RIST Edouard. — Le début brusque de la tuberculose pulmonaire de l'adulte et sa localisation lobaire (*Rev. de la Tub.*, 1930, pp. 5-32).

RIST et MAURER. — Thoracoplastie totale pour tuberculose lobaire supérieure droite (*Sect. d'études scient. de l'œuvre de la Tub.*, 8 décembre 1928).

ROLLAND et MAURER. — A propos de la thoracoplastie partielle du sommet pulmonaire (*Sect. d'études scient. de l'œuvre de la Tub.*, 12 avril 1930).

ROUBIER. — Les chances de succès du pneumothorax artificiel dans les différentes formes cliniques de la tuberculose pulmonaire (*Journal de Méd. de Lyon*, 5 août 1930).

ROUVIÈRE. — Anatomie des lymphatiques de l'homme (Masson édit., Paris 1932).

SALLÉ Henri. — La thoracoplastie partielle supérieure (*Thèse Paris*, 1932, *Arnette éd.*).

SERGEANT Emile. — Les tuberculoses lobaires (*Prensa medica argentina*, 30 août 1926 et *Soc. anatomique*. Séance du Centenaire, 16 décembre 1926).

SERGEANT Emile. — Nouvelles études cliniques sur la tuberculose et les maladies de l'appareil respiratoire (Maloine édit., Paris, 1926).

SERGEANT Emile. — L'indépendance cinématique des lobes pulmonaires (*Semaine des Hôp.*, 31 mars 1927).

SERGEANT Emile et ARIS Paul. — La tuberculose lobaire (*Journal de méd. et chir. pratiques*, 10 janvier 1925, pp. 14-25).

SERGEANT Emile, BORDET F. et DURAND H. — Les images lobaires et juxta-scissurales (in *Exploration radiologique de l'appareil respiratoire*, pp. 326-346).

SERGEANT Emile et DURAND Henri. — La limitation scissurale des processus pneumoniques tuberculeux (*Paris médical*, n° 1, janvier 1924).

SERGEANT Emile et DURAND Henri. — Les tuberculoses lobaires (*Revue médicale française*, décembre 1926 et *Soc. anatomique*, séance du Centenaire, 16 décembre 1926).

SERGEANT Emile et GEORGES Faul. — Le syndrome phrénico-pupillaire dans les affections pleuro-pulmonaires (*Presse méd.*, 28 avril 1928).

SERGEANT Emile, de MASSARY et BENDA. — Inhibition unilatérale du sympathique cervical au cours d'une lobite scléreuse supérieure droite (*B. et M. Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1926, pp. 1604-1608).

SERGEANT Emile, MIGNOT René, DURAND Henri, KOURILSKY R. et BENDA R. — Formes cliniques et diagnostic du cancer primitif du poumon (*Arch. médico chir. de l'appareil respiratoire*, 1931, pp. 527-568).

SERGEANT Emile et OURY Pierre. — La lobite moyenne (tuberculose du lobe moyen du poumon droit) (*Presse médicale*, 3 mars 1926).

SERGEANT Emile et TOCILESCU A. — Syndrome clinique et radiologique des foyers juxta-scissuraux gauches dans la tuberculose pulmonaire (*Rev. de la Tub.*, août 1928, pp. 489-506).

STÉPHANI Jacques. — Une des indications les plus typiques de l'opération de Jacobeus : la caverne sous-apicale « suspendue » (*Sect. d'études scient. de l'œuvre de la Tub.*, 10 octobre 1931).

SPRAWSON. — Certain Movements of the Lung and the Effects of Phrenic-Evulsion (Certains mouvements du poumon et les effets de la phrénico-exérèse) (*Tubercle*, mai 1931, pp. 337-344).

TAPIE. — Les formes pseudo-tuberculoses du cancer du poumon (*Sud méd. et chir.*, 15 septembre 1929).

TOCILESCU A. — La lobite tuberculeuse gauche (*Presse médicale*, 1928, n° 91, pp. 1449-1452).

VÉRAN Paul. — La cessation du pneumothorax artificiel, ses

indications, l'avenir des malades (*Thèse Paris*, 1931, Doin édit.).

WALSCH Joseph. — Reasons for the frequent occurrence of the tuberculosis at the apices of the Lungs (Causes de la fréquence de la tuberculose au sommet des poumons) (*The Americ. Rev. of Tub.*, octobre 1924, pp. 177-183).

WOHLERS. — La guérison des cavernes (*Annales de Médecine*, novembre 1930).

ZAWADOWSKI Witold. — Le lobule de la veine azygos. Lobule de Wrisberg. Sa visibilité sur les radiographies pulmonaires (*Journal de radiologie et d'électrologie*, 5 mai 1930).

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
CHAPITRE I. — Historique	9
CHAPITRE II. — La lobite supérieure droite et son image radiologique	17
CHAPITRE III. — Lobite supérieure droite et tuberculoses lobaires	30
A. — Scissurites et cortico-pleurites	31
B. — Scissurites et lobites partielles	32
C. — Tuberculose des lobes supplémentaires	34
CHAPITRE IV. — Etude clinique de la lobite supérieure droite	39
A. — Période de début	40
B. — Période d'état	46
CHAPITRE V. — Diagnostic	52
A. — Positif	52
B. — Différentiel	53
CHAPITRE VI. — Evolution	60
A. — L'évolution intrinsèque	61
B. — La guérison	68
C. — L'évolution extrinsèque	72
D. — La mort	74
CHAPITRE VII. — Anatomie pathologique	76
A. — Etude d'une lobite supérieure droite de constitution récente	78
B. — Etude d'une lobite supérieure droite à évolution lente	83
C. — Etude d'une lobite supérieure droite à évolution rapide	90
D. — Conclusions anatomo-pathologiques	96
CHAPITRE VIII. — Etiologie et Pathogénie	99
A. — Etiologie	99
B. — Pathogénie	105
CHAPITRE IX. — Lobite supérieure droite secondaire à d'autres localisations pulmonaires	114
CHAPITRE X. — Pronostic	122
CHAPITRE XI. — Traitement	128
A. — Lobite supérieure droite et pneumothorax artificiel	129
B. — Lobite supérieure droite et traitement aurique	142
C. — Lobite supérieure droite et traitements chirurgicaux	144
OBSERVATIONS	158
CONCLUSIONS	171
BIBLIOGRAPHIE	173

